

Afstudeeronderzoek Psychologie  
Master klinische en gezondheidspsychologie  
Cursuscode: 200600346

# De invloed van dagelijkse stressbronnen op de kwaliteit van leven bij vluchtelingen in multidisciplinaire behandeling.

In opdracht van Stichting Centrum '45



Auteur:	Alieke Reijnen
Studentnummer:	3055787
Periode:	juni 2009 – februari 2010
Begeleiding vanuit Instelling:	Drs. W. Chr. Kleijn
Begeleiding vanuit Universiteit:	Dr. J.W. Knipscheer

## Voorwoord

Het onderzoeksverslag dat u in handen heeft, heb ik gemaakt in het kader van de afronding van mijn Master Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Ik heb het onderzoek uitgevoerd in opdracht van en in samenwerking met Stichting Centrum '45. Het doel was om een methode te vinden om een beter inzicht te krijgen in de dagelijkse stress van vluchtelingen en de rol die deze stress speelt in de beoordeling van de kwaliteit van leven.

Dit onderzoek werd van belang geacht omdat is gebleken dat cliënten een beperkte afname in klachten rapporteren zelfs na langdurige behandeling. Ondanks dat het slechts een eerste stap is in de richting van een mogelijke verbetering van behandeling en de rapportage, vond ik het zeer interessant. Het verrichten van een onderzoek binnen een instelling waar ik eerder mijn praktijkstage heb gelopen, maakte dat ik het belang voor de cliënten en de praktijk beter voor ogen had en dat maakte het werk plezierig. Het zelfstandig verrichten van een onderzoek was een pittig proces, waarin ik veel geleerd heb over het ontwerpen van onderzoeksmethoden, het opzetten van een databestand, het verwerken van gegevens en uiteindelijk het schrijven van een artikel. De samenwerking met mensen binnen het centrum heeft ervoor gezorgd dat de theorie en praktijk tot één geheel zijn gevormd, waar ik zeer positieve reacties op heb gehad die de waarde van deze bijdrage bevestigde. Ondanks dat het de nodige tijd en energie heeft gekost, heb ik het daarom met veel enthousiasme gedaan.

Ik wil graag een aantal mensen bedanken die mij hebben gesteund in het onderzoeken. Allereerst Wies Sipman en Petra Laban, waarmee ik getracht heb de praktijk ervaringen en de theorie tot één checklist te verenigen. Daarnaast wil ik Rob Bouter bedanken die als 2<sup>de</sup> beoordelaar 10 dossiers heeft doorgenomen om de betrouwbaarheid van de checklist te onderzoeken. Ook wil ik graag Wim Kleijn bedanken voor de samenwerking. Van hem heb ik veel kunnen leren over het uitwerken van een vage suggestie tot het uiteindelijke resultaat dat u in handen heeft. Tot slot wil ik Jeroen Knipscheer bedanken die naast mijn beoordelaar ook degene was die mij motiveerde soms verder te kijken waardoor ik uiteindelijk dit resultaat heb kunnen leveren.

Alieke Reijnen

Utrecht, februari 2010

# Inhoudsopgave

I Samenvatting	p. 4
1. Inleiding	p. 5
2. Methoden	p. 12
2.1 Onderzoeksopzet	p. 12
2.2 Participanten	p. 12
2.3 Instrumenten	p. 13
2.4 Procedure	p. 16
2.5 Statistiek	p. 16
3. Resultaten	p. 18
3.1 Vragenlijstconstructie	p. 18
3.2 Demografische gegevens	p. 20
3.3 Bevindingen	p. 21
3.3.1 RisQ bij intake en exit	p. 21
3.3.2 RisQ en kwaliteit van leven	p. 24
3.3.3 ResQ, COPE (easy), RisQ en kwaliteit van leven	p. 26
4. Discussie	p. 29
5. Abstract	p. 36
6. Referentielijst	p. 37
7. Bijlagen	p. 40
7.1 Bijlage 1. Checklist	p. 40
7.2 Bijlage 2. Ervaren stress en de psychologische kwaliteit van leven	p. 42
7.3 Bijlage 3. Correlatie beschikbare hulpbronnen en stressvolle domeinen.	p. 43



Universiteit Utrecht, Masteronderzoek, juni 2009-februari 2010

# De invloed van dagelijkse stressbronnen op de kwaliteit van leven bij vluchtelingen in multidisciplinaire behandeling.

Alieke Reijnen; *Student aan de faculteit Sociale Wetenschappen, Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht.*

---

## Samenvatting

Een vluchteling krijgt te maken met vele stressfactoren in het dagelijkse leven, die naast de pretrauma en traumagerelateerde factoren, van negatieve invloed kunnen zijn op symptomen en het psychische welzijn. Daarnaast wordt gesteld dat de postmigratie factoren aandacht behoeven in behandeling. In het huidige onderzoek is gekeken naar de aanwezigheid van dagelijkse stress en de samenhang met de kwaliteit van leven bij vluchtelingen in multidisciplinaire behandeling (N=48). Met dit doel is een instrument ontworpen om de stress op twee tijdstipmomenten in kaart te brengen. Zoals verwacht wordt een sterke aanwezigheid van stress gevonden op verschillende domeinen, die niet blijkt te verminderen door behandeling. Anders dan verwacht, is op de meeste schalen geen directe relatie gevonden van dagelijkse stress met de kwaliteit van leven. De beschikbare hulpbronnen blijken de belangrijkste voorspeller van de psychologische kwaliteit van leven. De implicaties van deze resultaten voor de behandeling en vervolgonderzoek worden besproken.

*Sleutelwoorden:* dagelijkse stressfactoren, postmigratie stress, kwaliteit van leven, vluchtelingen

---

## 1. Inleiding

Het meemaken van een schokkende gebeurtenis gerelateerd aan bijvoorbeeld verkeersongelukken, (natuur) geweld of oorlog kan ernstige gevolgen hebben voor het psychische en lichamelijke welzijn. Bij mensen die betrokken zijn in of getuige zijn van een traumatiserende situatie kan een (complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) ontwikkelen (Sadock & Sadock, 2003). Hierbij reageert de persoon met hulpeloosheid en angst op de situatie, rapporteert herbelevingen en vermijdt zaken waardoor herinneringen aan de gebeurtenis kunnen worden geactiveerd. Het is gebleken dat veel mensen in enige mate met dergelijke klachten reageren op een traumatiserende gebeurtenis. De stoornis wordt volgens het cognitieve model van Ehlers en Clark (2000) persistent wanneer individuen het trauma verwerken op een manier die leidt tot een gevoel van continue dreiging vanuit de omgeving, die samengaat met de eerder beschreven symptomen. Dit gevoel van dreiging is volgens hen het gevolg van een uitermate negatieve beoordeling van het trauma en een verstoring in het autobiografisch geheugen.

Vele vluchtelingen zijn in het land van herkomst getuige of slachtoffer geweest van ernstig geweld, vervolging, verkrachting of marteling en hebben daarbij familieleden verloren (Schweitzer, Melville, Steel & Lacherez, 2006). Wanneer zij zich vestigen in westerse landen blijkt de kans op het ontwikkelen van een PTSS tien keer groter dan bij de westerse populatie (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Dit komt neer op 9% van de vluchtelingen, ofwel tienduizenden vluchtelingen die zouden lijden aan een posttraumatische stress stoornis. Uit gegevens van Vluchtelingen Werk Nederland van het begin van 2009 blijkt dat Nederland ongeveer 200.000 tot 250.000 vluchtelingen telt. De grootste groepen vluchtelingen zijn afkomstig uit voormalig Joegoslavië, Somalië, Iran en Irak. Onderzoek onder ongeveer 400 vluchtelingen en asielzoekers uit verschillende gemeenten in Nederland heeft uitgewezen dat onder de vluchtelingen sprake is van een hoge prevalentie van fysieke en psychische problemen. Zo is bij ongeveer 11 % van de vluchtelingen sprake van symptomen van PTSS en bij ongeveer 30% is sprake van symptomen van depressie (Gerritsen, Bramsen, Devillé, van Willigen, Hovens & van der Ploeg, 2006). Het is daarmee een belangrijk probleem waarnaar aandacht en zorg dient uit te gaan.

De ontwikkeling van een posttraumatische stress stoornis kan voor een deel worden verklaard door de blootstelling aan een traumatische gebeurtenis. Belangrijke risicofactoren die betrekking hebben op de situatie zijn het aantal traumatiserende gebeurtenissen en de ernst daarvan (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Gerritsen et al., 2006).

Pretraumatische factoren, zoals het vrouwelijk geslacht, jongere leeftijd, laag opleidingsniveau en het behoren tot een minderheid, vormen in minder mate risicofactoren voor de ontwikkeling van PTSS (Brewin et al., 2000). Naast factoren die een rol spelen voor en tijdens de schokkende gebeurtenis(en) is ook de situatie na het trauma van invloed op PTSS.

Bij een groot deel van de vluchtelingen zijn na 3 jaar nog altijd symptomen aanwezig of is zelfs sprake van verergering van de symptomen (Mollica, Sarajlie, Chernoff, Lavelle, Vukovic & Massagli, 2001). Lie (2002) heeft in een 3-jarig follow-up onderzoek aangetoond dat de PTSS symptomen toenemen over de periode van aarden in het gastland. Hierbij vormt naast het trauma ook de hedendaagse situatie een verklaring voor de lange termijn conditie van getraumatiseerde vluchtelingen. Het is daarom denkbaar dat naast het trauma sprake is van een complex van stressfactoren die hoofdzakelijk samenhangen met de situatie volgend op de migratie. Silove en Ekblad (2002) stellen dat uit een verscheidenheid van onderzoeken naar de determinanten van psychische stoornissen bij vluchtelingen twee consistente risicofactoren voortkomen, namelijk traumatische ervaringen in het verleden en postmigratie stress.

### *Postmigratie Stress*

Postmigratie factoren dragen bij aan de instandhouding en eventueel toename van psychische problematiek in vluchtelingenpopulaties (Lindencrona, Ekblad & Hauff, 2008). De blootstelling aan trauma en het vluchten naar een ander land hangen progressief samen met een hogere mate van psychologische stress (Mirsky, 2009; Steel, Silove, Phan & Bauman, 2002). Wanneer migratie niet gedwongen is, blijkt de psychologische distress bij migranten tevens significant hoger dan bij de inwoners van het gastland, met uitzondering van migranten afkomstig uit rijkere landen (Dalgard, Thapa, Hauff, McCubbin & Syed, 2006). Daarmee lijken factoren die betrekking hebben op vluchten en aarden belangrijke risicofactoren te vormen in de ontwikkeling van verscheidene psychische (en fysieke) problemen.

Gedwongen migratie brengt een verscheidenheid aan stressvolle veranderingen met zich mee. Het vluchten gaat gepaard aan situaties zoals het achterlaten van eigendommen en de scheiding van familie en vrienden en gevoelens van angst en grote onzekerheid. Dat maakt dat er kans is op problematiek gerelateerd aan (culturele) verlieservaringen (Schweitzer et al., 2006). Het aankomen en aarden in een ander (nieuw) land vormt een bron van stress door taalbarrières, cultuurverschillen en het vinden van een manier om de eigen cultuur en gewoonten te passen in de gastcultuur.

Bij mensen die moeite hebben om de taal van het gastland te spreken, is bijvoorbeeld vaker sprake van depressieve symptomen na langere tijd in het gastland (Beiser & Hou, 2001). In de gastcultuur krijgen vluchtelingen met veel veranderingen te maken in de vorm van huisvesting, politieke omstandigheden, economie, werk, inkomen, andere normen, andere regels, ander voedsel en andere sociale relaties (van Willigen, Hondius & van der Ploeg, 1995). Een aantal domeinen van het acculturatieproces, zoals problemen bij het verkrijgen van vaardigheden om te functioneren in een andere maatschappij maar ook bij het behouden van eigen cultuur en gewoonten, vertoont samenhang met minder goede psychische gezondheid (Knipscheer & Kleber, 2006).

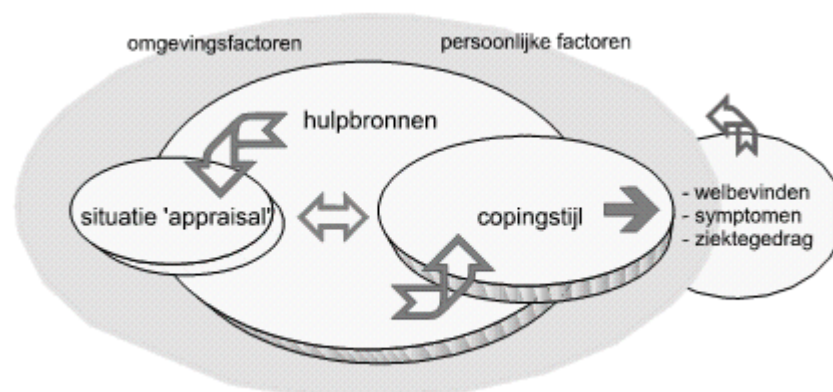
De stressvolle postmigratie factoren hangen samen met zowel PTSS als met symptomen van depressie en angst (Bhugra, 2004). Zo beschrijft Brewin et al. (2000) dat bij een lage mate van sociale steun vaker sprake is van depressieve symptomen. Vooral voor mannen blijkt werkloosheid een risicofactor te zijn voor depressie (Beiser et al., 2001). De spanning en stress die gepaard gaat bij de procedure voor het verkrijgen van een legale status in Nederland kan tevens samengaan met symptomen van depressie en angst (Gerritsen et al., 2006). Het is daarnaast gebleken dat het hebben van voldoende sociale steun een belangrijke beschermende factor is voor de ontwikkeling van symptomen van PTSS, angst en depressie (Schweitzer et al. 2006). Zo zijn meerdere dagelijkse structurele beschermende en risicofactoren gevonden die betrekking hebben op belangrijke levensdomeinen zoals: werk, financiën, huisvesting, partnerrelatie, discriminatie en sociale omgeving (Lindencrona et al., 2008; Miller, 1999; Pernice & Brook, 1996).

### *Stress coping model*

Het veelvoud aan stressvolle factoren waarmee een vluchteling te maken krijgt, kan van negatieve invloed zijn op het psychisch welzijn van de persoon (Amir & Lev-Wiesel, 2003). Zo zijn factoren met betrekking tot de sociale omgeving en werkstatus naast voorspellers van PTSS, depressie en angst ook voorspellers van een lage gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (Carlsson, Olsen, Mortensen & Kastrup, 2006). Een lange asielprocedure heeft een negatieve impact op de algemene gezondheid en hangt daarnaast samen met een lage beoordeling van de kwaliteit van leven (Laban, Komproe, Gernaat & de Jong, 2008).

De manier van omgaan met de stress, de coping strategie, kan een rol spelen bij de totstandkoming van een verscheidenheid van psychische klachten (Bhugra, 2004; Lindencrona, et al. 2008).

Zo rapporteren vredesmissieveteranen met een vermijdende coping strategie vaker PTSS symptomen dan veteranen die geneigd zijn om sociale steun te zoeken of een probleem planmatig aan te pakken (Dirkzwager, Bramsen & Van der Ploeg, 2003). Het stress coping model beschrijft deze relatie tussen de persoonlijke beoordeling (appraisal) van een stressvolle situatie, in samenhang met persoonlijke hulpbronnen en coping strategie, en uitmondend in de mate van persoonlijk welbevinden (Lazarus & Folkman, 1984). Daarmee is stress volgens hen geen directe reactie op een stressor maar wordt deze relatie beïnvloed door de hulpbronnen en de mogelijkheid om met de situatie om te gaan (zie figuur 1). Dit houdt in dat wanneer een persoon een stressor beoordeelt als positief of uitdagend en overtuigd is dat hij een adequate coping strategie bezit, de stressor als minder stressvol wordt ervaren. Om het welzijn te verbeteren en symptomen te verminderen en daarmee de ervaren stress te doen afnemen, is het volgens het figuur nodig om hulpbronnen te zoeken of uit te breiden en een adequate coping strategie aan te leren. Het model kan dan ook een hulpmiddel zijn in het verduidelijken van het mogelijke verband tussen de complexiteit van de problematiek en de kwaliteit van leven.



*Figuur 1. De samenhang tussen persoonlijke beoordeling, hulpbronnen, copingstijl en welbevinden (Kleijn, Van Heck & Waning, 2001).*

### *Kwaliteit van leven*

Door middel van psychische behandelingen wordt getracht de klachten van cliënten te verminderen en daarmee de kwaliteit van leven te verbeteren. Een klinisch betekenisvolle vermindering van symptomen is gerelateerd aan een grotere positieve verandering van de kwaliteit van leven (Lunney & Schnurr, 2007). Uit onderzoek bij vluchtelingen die deelnamen aan een Deens behandelprogramma bleek echter dat na 8 maanden behandeling weinig tot geen verandering te zien was in de psychische gezondheid en de kwaliteit van leven (Carlsson, Mortensen & Kastrup, 2005).



Zij geven de aanwezigheid van chronische emotionele distress bij sommige vluchtelingen als mogelijke verklaring voor het resultaat.

Het resultaat van een 10 jarige behandeling, bestaande uit psychotherapie en psychofarmaca, onder Cambodjaanse vluchtelingen toont aan dat slechts een klein deel van de cliëntengroep verbetering laat zien (Boehnlein, Kinzie, Sekiya, Riley, Pou & Rosborough, 2004). Ondanks dat het een tamelijk klein onderzoek is, kan het een aanwijzing vormen dat psychotherapie een rol speelt in het werken aan stressoren die gerelateerd zijn aan de traumatische ervaringen maar dat voor effectieve behandeling mogelijk een breder pakket geboden zal moeten worden. Er worden dan ook vraagtekens gezet bij behandeling die bestaat uit psychotherapie en psychofarmaca omdat op minimale basis aandacht uitgaat naar de hoeveelheid stress die vele vluchtelingen in het dagelijkse leven ervaren (Miller, 1999). Knipscheer en Kleber (2006) stellen ook dat interventie mogelijk effectiever is wanneer naast de PTSS ook gekeken wordt naar de huidige stressoren in het leven van de cliënt. Volgens hen dient aandacht uit te gaan naar de situaties die mensen hebben meegemaakt maar ook naar het verkrijgen van vaardigheden die zij nodig hebben om zich aan te passen aan en om te functioneren in een andere maatschappij.

De hedendaagse situatie van de vluchtelingen is mogelijkwijs van grotere invloed op de psychische gezondheid en de kwaliteit van leven dan het trauma (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997). Een behandeling waarbij de aandacht enkel uitgaat naar de traumatische aspecten en PTSS is daarmee te beperkt om tegemoet te komen aan de behoefte van de cliënt (Hondius et al., 2000). Daarom zou bij de planning van interventie de focus niet alleen dienen te liggen op het individu en de traumatische ervaringen maar ook op postmigratie factoren die distress en symptomen in stand kunnen houden.

### *Het huidige onderzoek*

Stichting Centrum '45 is een landelijk en gespecialiseerd centrum voor de behandeling van psychotrauma bij mensen die getroffen zijn door vervolging, oorlog en geweld. Hier wordt cliënten een multidisciplinaire behandeling geboden waar veelal ook ruimte is voor de hedendaagse situatie van cliënten in de vorm van sociotherapie. Ondanks tevredenheid van cliënten over de behandeling en behandelaars is de ervaring dat vaak een beperkte afname van klachten is te zien, zelfs na langdurige behandeling. Het is daarbij onduidelijk waar deze beperkte afname in klachten aan te wijten is. Met betrekking tot de hedendaagse situatie van cliënten is uit de cliëntendossiers niet op te maken aan welke onderwerpen aandacht wordt besteed in behandeling en in welke mate.

Het huidige onderzoek is opgezet met als doel de complexiteit van de hedendaagse problematiek operationaliseerbaar te maken. Door de stressbronnen van cliënten in kaart te brengen met behulp van een instrument kunnen naast de stressbronnen ook veranderingen in de stress worden bijgehouden. Zo kan gekeken worden of de huidige behandeling succesvol is in het verminderen van dagelijkse stress. Daarnaast kan worden onderzocht welke rol de dagelijkse stress speelt in de huidige problematiek van cliënten en de behandelresultaten. Het onderzoek is dan ook relevant omdat het aanknopingspunten kan verstrekken voor behandeling van vluchtelingen waardoor uiteindelijk mogelijk een grotere afname in klachten en een verbetering van de kwaliteit van leven kan worden bewerkstelligd. Een gerichte vragenlijst vormt daarnaast een eenvoudig hulpmiddel waardoor ieder in een multidisciplinair team inzicht heeft in de situatie van de cliënt. Op deze wijze is men als behandelteam mogelijk (nog) beter in staat om tegemoet te komen aan de behoeften van cliënten.

Op het moment heeft slechts een klein aantal onderzoeken gekeken naar de relatie tussen postmigratie stress en de kwaliteit van leven. De literatuur laat zien dat behandeling de kwaliteit van leven slechts in minimale mate verbetert en dat chronische stress hierin mogelijk een rol speelt (Boehnlein et al., 2004; Carlsson et al., 2005). Deze studie biedt daarmee meer inzicht in de relatie tussen dagelijkse stress en de kwaliteit van leven bij mensen in multidisciplinaire behandeling. Door de afwezigheid van informatie over de dagelijkse stress wordt gebruik gemaakt van dataverzameling aan de hand van dossiers. De eenvoudige checklist kan in de toekomst bijdragen aan gerichte dataverzameling voor vervolgonderzoeken waarin de rol van dagelijkse stress beter kan worden onderzocht.

De probleemstelling die is geformuleerd, betreft de vraag of sprake is van samenhang tussen de dagelijkse (stressvolle) problematiek van cliënten in multidisciplinaire behandeling en de beoordeling kwaliteit van leven. Hierbij zal de beoordeling van de dagelijkse stress gericht zijn op domeinen als gezin, sociale omgeving, werk en woning. Daarbij zal tevens aandacht uitgaan naar de rol van hulpbronnen en adequate coping strategieën. De probleemstelling is onderverdeeld in enkele deelvragen; Wordt door de langer in Nederland verblijvende vluchtelingen (Linnars) een hoge mate van postmigratie stress ervaren? Draagt de huidige behandeling bij aan een verandering in de hoeveelheid ervaren stress? Gaat een vermindering van de dagelijkse stress gepaard met een verbetering van de beoordeling van de kwaliteit van leven? Welke rol spelen de beschikbare hulpbronnen en de coping strategieën in de beoordeling van de kwaliteit van leven?

Op basis van de geformuleerde deelvragen zijn enkele hypothesen gevormd.

De eerste hypothese stelt dat bij een meerderheid van de cliënten (zeer) veel stress wordt ervaren op verschillende gebieden van de hedendaagse situatie. Dit wordt verwacht omdat het vluchten naar een ander land maar ook het vestigen in het gastland progressief samenhangt met een hogere mate van psychologische stress (Mirsky, 2009; Steel et al., 2002). Een volgende verwachting stelt dat de complexiteit van de problematiek zal afnemen naarmate de behandeling vordert. Dit komt voort uit onderzoek waarin naast trauma ook de hedendaagse situatie van de getraumatiseerde een rol speelt in de lange termijn conditie (Lie, 2002). Wanneer in de behandeling aandacht uitgaat naar het verminderen van dagelijkse stress, zal naar verwachting de hoeveelheid stress op verschillende domeinen en daarmee de complexiteit afnemen.

Onderzoek heeft aangetoond dat een veelvoud van stressvolle factoren in het leven van een vluchteling een negatieve invloed heeft op het psychisch welzijn (Amir & Lev-Wiesel, 2003). Mogelijk kan een afname van de hoeveelheid stress door behandeling bijdragen aan een verbetering van het psychisch welzijn. Daarom wordt verwacht dat een vermindering van de stress op een (voorheen) stressvol domein zal samengaan met een verbetering van de kwaliteit van leven op een soortgelijk domein. Daarbij wordt vooral verwacht dat een afname van stress in relatie tot de sociale omgeving gepaard zal gaan met een verbetering van de kwaliteit van leven op het gebied van sociale relaties. Dit omdat is gebleken dat een beter functionerende sociale omgeving samengaat met een grotere verbetering van het psychologische welzijn en daarmee mogelijk ook de kwaliteit van leven (Slomin-Nevo, Mirsky & Rubinstein, 2008).

Tot slot is gesteld dat het uiteindelijke niveau van kwaliteit van leven behalve door de actuele stressfactoren (mede) bepaald zal worden door beschikbare hulpbronnen en preferente coping strategie. Dit is op te maken uit het eerder beschreven stress coping model (zie figuur 1) waaruit blijkt dat stress geen directe reactie is op een stressor maar wordt beïnvloed door de hulpbronnen en de coping strategieën. De verwachting is dat de beschikbare hulpbronnen daarbij de grootste invloed zullen hebben op de kwaliteit van leven. Dit omdat onderzoek heeft aangetoond dat sociale steun een belangrijke beschermende factor (een hulpbron) is en samenhangt met minder distress en een betere beoordeling van de kwaliteit van leven (Carlsson et al., 2006; Mirsky, 2009).

## 2. Methoden

### 2.1 Onderzoeksopzet

Doel van het onderzoek was om de stressfactoren in de hedendaagse situatie operationaliseerbaar te maken om mogelijk te kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van vluchtelingen. In het onderzoek is de samenhang onderzocht tussen de dagelijkse stressfactoren en de kwaliteit van leven. Omdat weinig literatuur bestaat over deze mogelijke samenhang en omdat geen meetinstrument voor handen is, is het huidige onderzoek opgezet als een exploratief onderzoek. De verwachting is dan ook dat het een goede basis zal vormen voor vervolgonderzoek.

Het huidige onderzoek bestond uit drie onderdelen. Het eerste deel bestond uit het onderzoeken van dagelijkse stressfactoren in het leven van Langer in Nederland verblijvende vluchtelingen (Liners). Doel hierbij was een eenvoudige checklist te ontwerpen om zo per cliënt de stress op verschillende factoren te kunnen beoordelen. Op deze wijze is getracht de risicofactoren in het dagelijks bestaan, de complexiteit van de problematiek, van cliënten operationaliseerbaar te maken. Het tweede onderdeel bestond uit het beoordelen van de mate van stress en het in kaart brengen van eventuele verschillen tussen de intake en het tweede meetmoment (na minimaal 12 maanden). Hierbij werden de mogelijke verschillen tussen de beide meetmomenten in verband gebracht met eventuele verschillen in de kwaliteit van leven.

In het laatste deel van het onderzoek werd de samenhang onderzocht tussen de scores op de risico checklist en de psychologische kwaliteit van leven, copingstrategie en beschikbare hulpbronnen die cliënten ervaren. Hierbij is gekozen enkel te kijken naar de psychologische kwaliteit van leven en ons daarmee te richten op één schaal omdat de kwaliteit van leven schalen sterk correleren. Daarnaast wordt verwacht dat psychologische schaal het beste aansluit bij de toegepaste behandelprogramma's en geen direct overlap zal vertonen met de domeinen van de checklist.

In het onderzoek vormt de kwaliteit van leven, naast de complexiteit van de problematiek een belangrijke variabele. De kwaliteit van leven wordt gedefinieerd als het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan (Hondius, van Willigen, Kleijn & van der Ploeg, 2000). Coping wordt gedefinieerd als de capaciteit van een persoon om stress te hanteren (Lindencrona, Ekblad & Hauff, 2008).

### 2.2 Participanten

De participantengroep die aan dit onderzoek heeft deelgenomen bestaat uit Liners.

Dit zijn vluchtelingen die al langere tijd in Nederland verblijven, enige vorm van een sociaal netwerk hebben opgebouwd en de taal enigszins beheersen. Deze mensen zijn allen gevlucht vanwege de (oorlogs)situatie in het land van herkomst. Zij ondervinden allen ernstige (traumagerelateerde) klachten, veelal gerelateerd aan PTSS, depressie en angststoornissen, die het dagelijks functioneren belemmeren. De huidige populatie Linnars die in behandeling is of is geweest bij Centrum '45 is zeer gevarieerd met op dit moment de grootste groepen vluchtelingen uit Irak, Iran en Bosnië.

Het huidige onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van cliëntdossiers uit het archief van Stichting Centrum '45. De participanten zijn sinds langere tijd in behandeling of zijn in behandeling geweest bij het centrum, daarbij is een grens gesteld van minimaal 12 maanden. Alle cliënten die bij Centrum '45 in behandeling zijn, hebben een verleden waarin zij slachtoffer zijn geworden van oorlog, geweld of vervolging en de hypothese is dat dit verleden leidt tot psychische problematiek in het hedendaagse leven.

Voor deelname aan het onderzoek zijn 50 participanten geselecteerd. Zij zijn of waren in behandeling voor psychische problematiek (veelal PTSS). Voor het huidige onderzoek is geen steekproef getrokken maar is de gehele populatie gebruikt waarvan informatie beschikbaar was. De voorwaarde was dat intake en exit (ontslag) gegevens aanwezig waren en daarbij werd met name gekeken naar de aanwezigheid van de vragenlijsten COPE(EASY)-32, ResQ en WHOQOL-Bref-model1. Om voldoende participanten te selecteren zijn tevens de gegevens van cliënten gebruikt die deel hebben genomen aan een jaarlijks evaluerend onderzoek, het Compass onderzoek. Zij hebben in 2007 de vragenlijsten, die worden afgenomen als onderdeel van de intake, nogmaals ingevuld. De periode tussen de intake en het Compass onderzoek bedroeg minimaal 12 maanden. De participanten hebben allen bij het invullen van de vragenlijsten toestemming gegeven om de gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. De uiteindelijke steekproef die op deze wijze is gevormd, bestond uit 48 participanten waaronder 39 mannen en 9 vrouwen. De leeftijden lagen in een range van 32 tot 58 met een gemiddelde van 46,81 en een standaardafwijking van 6,16.

## **2.3 Instrumenten**

### *RisQ-41*

Voor het beoordelen van de mogelijk aanwezige stressfactoren in het dagelijkse leven van cliënten is gebruikt gemaakt van de Risk Questionnaire ofwel RisQ.

Deze checklist is ontworpen met het oog op het huidige onderzoek. In paragraaf 3.1 zal nader worden ingegaan op het proces van ontwerpen en de totstandkoming van de uiteindelijke versie.

De RisQ is een checklist bestaande uit 41 items, waarvan 27 factoren verdeelt over 7 domeinen. Daarnaast bestaat voor ieder domein de mogelijkheid toelichting te geven op een verhoogde score (zie bijlage 1). De hoeveelheid stress werd beoordeeld op een vierpuntsschaal waarin de score 1 stond voor 'weinig stressvol' en de score 4 voor 'zeer stressvol'. De tussenliggende scores stonden respectievelijk voor 'enigszins stressvol' en 'tamelijk stressvol'. De checklist is ontworpen voor hulpverleners met als doel om op meer gestandaardiseerde methode de mate van stress in het dagelijks leven van cliënten in kaart te brengen. Zo kan mogelijk worden bepaald naar welke delen aandacht dient uit te gaan in de behandeling en daarnaast wordt de mogelijkheid gecreëerd om eventuele ontwikkelingen te volgen.

#### *WHOQOL-Bref-modell*

Met behulp van de kwaliteit van leven vragenlijst ofwel de WHOQOL-Bref-modell (WHOQOL Group, 1998) werd cliënten gevraagd de kwaliteit van leven te beoordelen over de afgelopen twee weken. De WHOQOL-Bref-modell is een verkorte versie van de WHOQOL-100. Deze vragenlijst bestaat uit 26 items, waarvan 24 items onderverdeeld zijn in vier domeinen namelijk fysieke gezondheid, psychologische gezondheid, sociale relaties en omgeving. Daarnaast zijn 2 items over de algemene kwaliteit van leven opgenomen. De kwaliteit van leven werd beoordeeld op een vijfpuntsschaal waarin een hoge domeinscore overeenkomt met een betere kwaliteit van leven. Uit een crosscultureel onderzoek onder 11.830 participanten uit 23 landen blijkt dat de construct en de discriminerende validiteit van de vragenlijst gunstig zijn en dat de lijst crosscultureel valide is (Skevington, Lofty, O'Connell, 2004). Het onderzoek heeft zich echter niet gericht op de landen waaruit de meeste mensen uit de Lin-populatie afkomstig zijn. De verschillende domeinen laten daarnaast een gunstige betrouwbaarheid zien, variërend van  $\alpha=.68$  voor het domein sociale relaties tot  $\alpha=.82$  voor het domein fysieke gezondheid.

#### *COPE(EASY)-32*

De COPE questionnaire (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) is een vragenlijst die de coping ofwel de stresshantering inventariseert. De Nederlandse bewerking bestaat uit 15 subschalen.

Binnen Stichting Centrum '45 wordt gebruikt gemaakt van een verkorte versie van 32 items, COPE (EASY)-32. Deze items zijn onderverdeeld in 4 domeinen, namelijk actief/planmatig, sociale steun zoekend, nuchterheid en vermijding. De versie die binnen het centrum wordt toegepast, is ontwikkeld voor gebruik binnen de vluchtelingen populatie. Dit houdt in dat getracht is de lijst op te zetten met eenvoudig taalgebruik dat gemakkelijker begrijpbaar is.

Cliënten dienen aan te geven wat zij in een moeilijke situaties zouden doen aan de hand van enkele beschrijvingen. Voor de beoordeling wordt gebruikt gemaakt van een vierpuntsschaal, waarbij cliënten dienen aan te geven in welke mate een stelling over het algemeen op hen van toepassing is. De waarden variëren van niet tot zeer veel van toepassing. Onderzoek onder Nederlandse studenten (N=70) heeft uitgewezen dat de betrouwbaarheid over alle schalen gunstig is met een mediaanwaarde van  $\alpha=.80$  (Kleijn, Van Heck & Waning, 2000). De betrouwbaarheid van de schaal 'afleiding zoeken' is met  $\alpha=.57$  betrekkelijk laag. De waarden van de overige schalen liggen in een range van  $\alpha=.67$  tot  $\alpha=.91$ . Er zijn geen gegevens bekend over de cross culturele validiteit van deze vragenlijst.

### *ResQ*

Aan de hand van de Resources Questionnaire, ofwel ResQ, is de beschikbaarheid van hulpbronnen en steun in moeilijke situaties onderzocht. De vragenlijst bestaat uit 33 items onderverdeeld in 8 domeinen. Deze domeinen betreffen sociale steun, creativiteit, expressie, materieel, sport, spiritualiteit, positief zelfbeeld en medische bijstand. Op de vragenlijst dient op een vierpuntsschaal te worden aangegeven in hoeverre men tegenwoordig steun ondervindt van verschillende beschrijvingen. De antwoordcategorieën variëren van nooit tot altijd.

De ResQ is een vragenlijst die binnen Centrum '45 is ontworpen om enig inzicht te kunnen verkrijgen in de hulpbronnen die iemand ter beschikking heeft. Deze vragenlijst is dan ook opgesteld voor toepassing op de vluchtelingen populatie, daarmee is rekening gehouden met bijvoorbeeld taalgebruik. Onderzoek naar de betrouwbaarheid onder een groep studenten (N=41) heeft uitgewezen dat de betrouwbaarheid voor de gehele schaal gunstig is, deze bedraagt .85 (Kleijn, van Heck & van Waning, 2001). De betrouwbaarheid voor de domeinen laat waarden zien in een range van  $\alpha=.50$  tot  $\alpha=.81$ . Er zijn geen gegevens bekend over de cross culturele validiteit.

## **2.4 Procedure**

### *Verzamelen van participanten*

Ten eerste zijn cliënten geïdentificeerd die bij ontslag, of tussentijds (na minimaal 12 maanden) de bovengenoemde vragenlijsten hebben ingevuld. Daarbij diende tevens de vragenlijstgegevens van de intake beschikbaar te zijn. Omdat de groep waarvan gegevens beschikbaar waren dermate klein was, is de gehele populatie toegewezen aan het onderzoek.

### *Ontwikkeling van een checklist voor risicoanalyse*

Op basis van de uitkomsten van literatuuronderzoek en een tweetal focusgroepsbijeenkomsten met maatschappelijk werk en sociotherapie is een voorlopige checklist opgesteld. Deze checklist geeft het gesignaleerde stressniveau van verschillende belangrijke levensdomeinen weer. Dossiers van de geselecteerde onderzoeksgroep zijn gebruikt om (na een dossieranalyse) de concept checklist te toetsen op volledigheid en praktische uitvoerbaarheid en deze eventueel bij te stellen. Dit is gedaan door 2 personen onafhankelijk van elkaar dezelfde 10 dossiers te laten beoordelen en eventuele ontbrekende factoren of problemen te laten noteren. Vervolgens wordt gekeken naar de overeenkomsten in beoordeling en zijn eventuele onduidelijkheden aangepast. Er werd verwacht dat een toetsing aan de hand van tien dossiers nodig was om tot de definitieve versie van de checklist te komen. De bedoeling was aan de hand van deze ontwikkelde checklist de andere dossiers te scoren.

### *Verwerken van de gegevens uit dossiers*

Na het opstellen van de checklist is deze gebruikt om de dossiers te scoren. Dit werd gedaan met zowel de informatie die bekend was uit de intake als met de informatie uit een latere fase.

### *Samenvoegen gegevens*

Bij invoering van de data die was verzameld uit de dossieranalyse in SPSS zijn tevens per cliënt de gegevens toegevoegd van de COPE(EASY)-32, ResQ en WHOQOL-Bref-model1. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de lijsten die zijn ingevuld bij intake en die zijn ingevuld bij exit of na minimaal 12 maanden.

## **2.5 Statistische analyses**

Om de verkregen data te verwerken zijn verscheidene analyses toegepast. Voor deze analyses is gebruik gemaakt van SPSS versie 15.0.



De onderzoekspopulatie is op basis van de verschillende vragenlijsten, namelijk de RisQ, de ResQ, COPE-easy en WHOQOL-Bref-model1 beschreven aan de hand van frequenties en beschrijvende gegevens als gemiddelden. Daarbij werd tevens gekeken naar normaalverdeling van de variabelen (spreiding, scheefheid, kurtosis). Op deze wijze is onderzocht of bij cliënten daadwerkelijk sprake is van problemen op het gebied van gezin, sociale omgeving, huisvesting, werk, inkomen en migratie naast een complex klachtenbeeld. Omdat onder andere hiervoor voldoende intakegegevens aanwezig diende te zijn, zijn twee cliënten afgefallen vanwege het verhuizen van dossiers. Hierdoor is de uiteindelijke steekproef van 48 cliënten gevormd.

Eerst is univariaat geanalyseerd. De afname in hoeveelheid stress over tijd wordt getoetst aan de hand van een chikwadraattoets, waarin de samenhang wordt onderzocht tussen de intake en exit/Compass gegevens. Deze toets wordt toegepast omdat gebruik wordt gemaakt van kruistabellen waarin de variabelen op nominaal niveau worden weergegeven (de aan- of afwezigheid van veel stress). De samenhang tussen behandeltime, de afname van de complexiteit en de kwaliteit van leven is onderzocht aan de hand van Spearman's rangcorrelatie. Deze toets is toegepast omdat bij de vragenlijsten sprake is van een ordinaal meetniveau. Daarnaast hangen de items binnen een domein conceptueel niet geheel samen, waardoor sprake kan zijn van een scheve verdeling. Deze test doet geen assumpties over de verdeling van de onderzoekspopulatie en is daarom goed bruikbaar. Specifiek is gekeken naar de samenhang tussen de data op het domein sociale omgeving van de RisQ en het domein sociale relaties van de WHOQOL-Bref-model1.

De samenhang tussen de stressfactoren, de beschikbare hulpbronnen, de copingstijl en de kwaliteit van leven werd vervolgens multivariaat onderzocht aan de hand van een stapsgewijze multiële regressie analyse. Aan de hand hiervan werd gekeken hoe goed de beoordeling op de psychologische kwaliteit van leven kon worden voorspeld uit de drie informatiebronnen en welke onderdelen daarin de belangrijkste voorspellende waarde hadden. Door middel van een stapsgewijze regressieanalyse is bepaald welke schalen en domeinen van de Risq-41, ResQ en Cope (Easy) het grootste deel van de variantie verklaarden van de psychologische kwaliteit van leven, zodat alleen de meest relevante schalen zijn opgenomen in de uiteindelijke regressieanalyse. Om te bepalen wat de bruikbare voorspellers zijn, is een 'backward' multiële regressie gekozen omdat de zwakste voorspellende variabelen op deze wijze eerst worden verwijderd.

### 3. Resultaten

#### 3.1 Vragenlijstconstructie

Doel van het onderzoek is om de dagelijkse problematiek van cliënten in beeld te brengen en te volgen als hulpmiddel bij ondersteunende en hulpverlenende activiteiten ten behoeve van verbetering van de kwaliteit van leven. Hiervoor diende eerst een methode te worden ontwikkeld waardoor de hulpverlener voor iedere cliënt de belangrijkste stressfactoren op eenvoudige wijze kan samenvatten en registreren. Daarbij is gekozen om de psychische problematiek en de daarbij behorende klachten van cliënten niet te laten noteren. De reden hiervoor is dat in de intakefase een veelvoud van vragenlijsten zich al richt op deze klachten en de nieuwe checklist bedoeld is als aanvulling op het huidige systeem.

Er is begonnen met een literatuuronderzoek naar stressvolle situaties en factoren die in het dagelijkse leven van vluchtelingen kunnen voorkomen. De lijst aan factoren die is verkregen, is vervolgens behandeld in een tweetal focusbijeenkomsten met maatschappelijk werk en sociotherapie. Zij hebben vanuit de praktijk deze factoren aangescherpt en aangevuld. De 26 factoren die op deze wijze zijn verzameld, zijn onderverdeeld in verschillende domeinen op basis van de onderlinge thematische samenhang. Vervolgens is een beoordelingsschaal toegevoegd van vier punten variërend van “weinig stress” tot “zeer veel stress”. De keuze voor vier punten is gemaakt omdat de hulpverlener op deze wijze een goede afweging dient te maken met betrekking tot ernst en zwaarte van een eventuele stressfactor. Een score 3 indiceert dat ‘aandacht’ voor de betreffende factor zeer wenselijk is. Bij een score 4 wordt aanbevolen ‘actie’ te ondernemen om de stress op de desbetreffende factor(en) op relatief korte termijn te verminderen.

De volledigheid en de bruikbaarheid van de checklist zijn onderzocht aan de hand van 10 cliëntdossiers. Op basis hiervan is de factor heimwee toegevoegd aan de checklist. Omdat de factoren tamelijk breed zijn geformuleerd is gekozen ruimte op te nemen voor het geven van toelichting op verhoogde scores. Op deze wijze is voor de hulpverlener en eventuele anderen inzichtelijk waar de scores op zijn gebaseerd en kunnen ze beter gevolgd worden. Het uiteindelijke resultaat is een checklist bestaande uit 41 items onderverdeeld in 7 domeinen (zie bijlage 1).

Om te onderzoeken hoe hulpverleners de factoren beoordelen en daarmee de betrouwbaarheid van de vernieuwde (definitieve) checklist te onderzoeken hebben twee personen, onafhankelijk van elkaar, dezelfde dossierinformatie beoordeelt. De resultaten hiervan zijn te zien in tabel 1.

Hieruit blijkt dat de scores op de verschillende stressfactoren dichtbij elkaar liggen met veelal maximaal maar één punt verschil. Wanneer gekeken wordt naar de beoordelingen van de ernst op de verschillende domeinen blijkt dat, ondanks enige variatie in de beoordeling van factoren, 80 tot 100 % van de scores overeenkomt.

Tabel 1. Interrated betrouwbaarheid onderzoek RisQ

Nr.	Item	% Exact <sup>1</sup>	% Afwijking $\pm 1$ <sup>2</sup>	% 3 of 4 <sup>3</sup>
A 1	<b>Gezinssysteem</b>	50	50	90
2	Partnerrelatie	60	40	
3	Ouderschap	60	40	
4	Gezinssituatie/familie omstandigheden	30	60	
5	Problematiek bij andere gezinsleden (Lichamelijk/psychisch)	20	10	
B 7	<b>Sociale omgeving</b>	40	50	80
8	Sociale contacten	70	20	
9	Sociale steun	60	40	
10	(Sociale) activiteiten en bezigheden	30	60	
C12	<b>Woon/leefsituatie</b>	90	0	90
13	Huisvesting	90	0	
14	Juridische verblijfstatus	100	0	
D16	<b>Financiën en Inkomen</b>	60	20	80
17	Bestedingsbudget	60	30	
18	Uitkering	50	50	
19	Schulden	60	20	
20	Financieel onderhoud van familie buiten Nederland	0	80	
E22	<b>Werksituatie</b>	70	20	80
23	Werkloosheid	80	10	
24	Werkomstandigheden	50	10	
25	Werkniveau	70	20	
26	Mogelijkheden tot opleiding	50	30	
F28	<b>Somatiek</b>	50	40	80
29	Lichamelijke gezondheid	50	40	
G31	<b>Migratie</b>	90	10	100
32	Ervaren discriminatie (in werk/ dagelijks leven)	60	30	
33	Verlies van status	70	20	
34	Taalproblemen	80	20	
35	Zorgen om familieleden in land van herkomst	30	40	
36	Rouw/ Verlies (materieel/familieleden, vrienden)	40	50	
37	Aanpassing aan andere cultuur (klimaat, eten, hulpverlening, etc.)	50	50	
38	Tradities handhaven	30	60	
39	Beleving van religie in andere samenleving	50	50	
40	Heimwee	40	40	

<sup>1</sup> % items door beide beoordelaars gelijk ingevuld

<sup>2</sup> % items ingevuld met 1 punt verschil tussen beide beoordelaars

<sup>3</sup> % items door beide beoordelaars gelijk ingevulde score 3 of 4

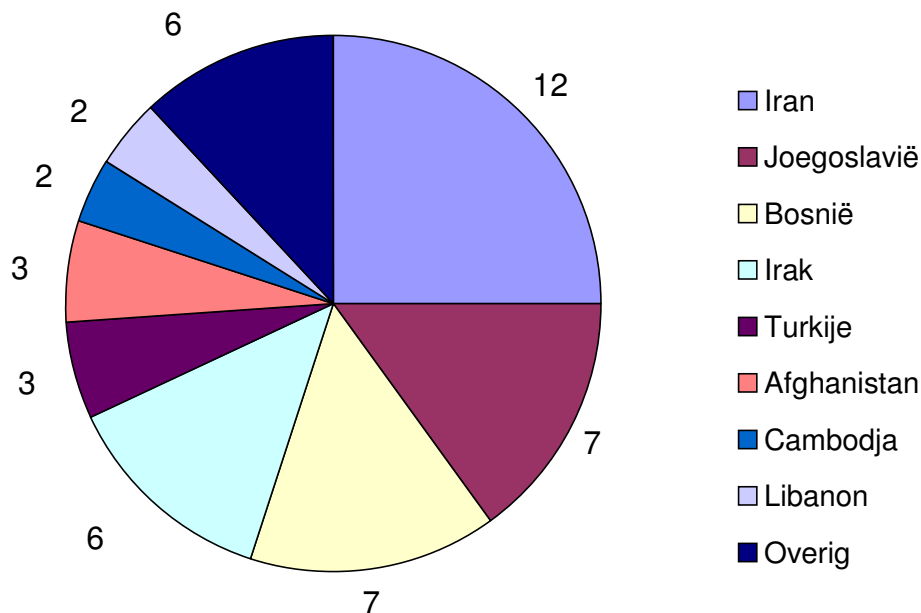
### 3.2 Demografische gegevens

De informatie uit 48 cliëntendossiers is beoordeeld. Hierbij gaat het om de dossiers van 39 mannelijke en 9 vrouwelijke langer in Nederland verblijvende vluchtelingen (Linners). De leeftijden lagen bij intake in een range van 32 tot 58 met een gemiddelde van 46,81 (zie tabel 2). Bij de intake wonen de Linners gemiddeld 11,41 jaar in Nederland. Op het moment waarop cliënten ofwel met ontslag gaan of een tussentijdse beoordeling is uitgevoerd, zijn zij gemiddeld 14,28 jaar in Nederland (zie tabel 2).

*Tabel 2. Gemiddelde leeftijd en range bij intake en aantal jaren in Nederland bij intake en exit*

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. Deviatie
Leeftijden bij intake	44	32	58	46,81	6,16
Jaren in Nederland bij intake	46	4	23	11,41	4,15
Jaren in Nederland bij exit/Compass	46	6	24	14,28	4,09

Voor het beschrijven van de populatie is tevens gekeken naar de landen waaruit cliënten zijn gevlucht. De resultaten zijn te zien in onderstaand cirkeldiagram (zie figuur 2). Het blijkt dat het grootste deel van de vluchtelingen afkomstig is uit Iran (12), met daaropvolgend Bosnië (7) en voormalig Joegoslavië (7).

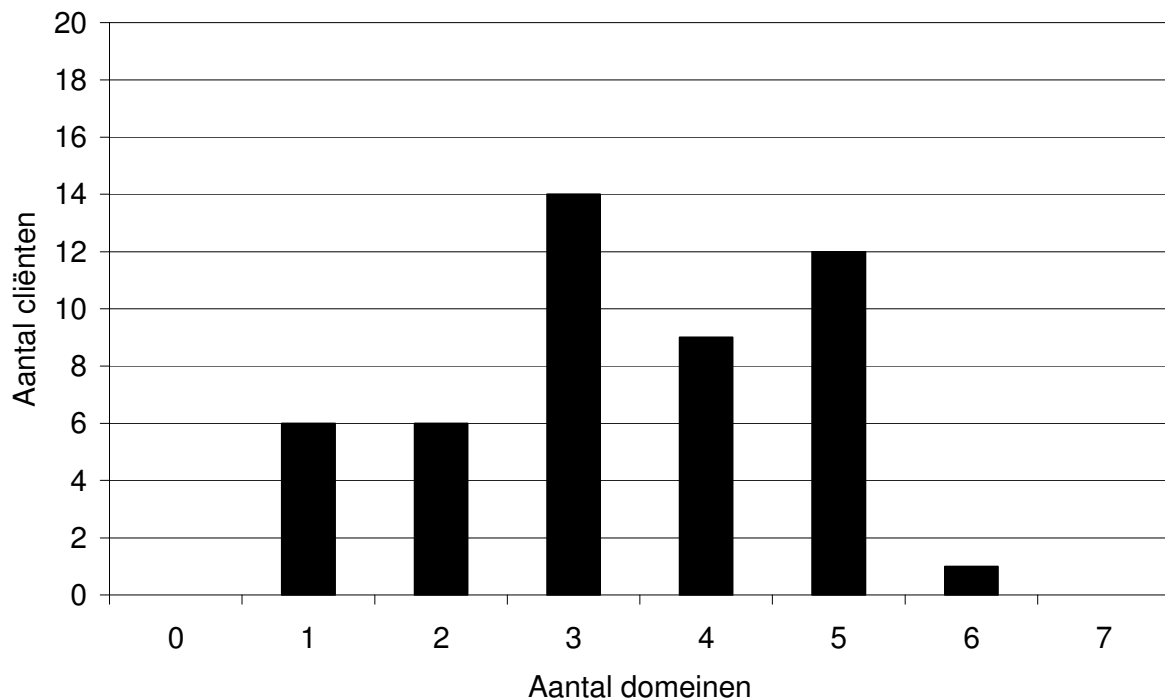


*Figuur 2. Landen van herkomst in aantallen.*

### 3.3 Bevindingen

#### 3.3.1 RisQ bij intake en exit

Om te bepalen of bij een meerderheid van de cliënten sprake is van stressvolle factoren in het dagelijks leven is berekend op hoeveel domeinen cliënten aangeven stress te ervaren. Daarnaast is voor ieder domein het percentage cliënten bepaald dat aangeeft problemen te ervaren op het betreffende domein. Hierbij gaat het telkens om een score 3 of 4 op de verschillende domeinen van de checklist. In de onderstaande grafiek (zie figuur 3) is weergegeven op hoeveel domeinen cliënten verhoogd scoren. Te zien is dat alle cliënten op minimaal 1 domein verhoogd scoren en een ruime meerderheid, ongeveer driekwart van de participanten, op 3 en meer domeinen. Wanneer het gemiddelde wordt berekend over de groep van 48 participanten blijken cliënten op gemiddeld 3,38 (SD 1,38) domeinen problemen te hebben ten tijde van de intake.



*Figuur 3. Aantal cliënten en aantal domeinen waarop verhoogde scores worden behaald bij intake.*

Vervolgens is gekeken naar de percentages cliënten die een vergrootte hoeveelheid stress aangeven op de 7 verschillende domeinen. De percentages per domein worden weergegeven in tabel 3 en 4. De scores in tabel 3 zijn berekend over de gehele groep participanten. Hierbij is ervan uitgegaan dat het ontbreken van gegevens inhoudt dat de stressfactoren bij cliënten op minimale basis aanwezig zijn en daarmee als laag worden beoordeeld. In tabel 4 is uitgegaan van de groep cliënten waarvan de gegevens bekend zijn. Het ontbreken van gegevens houdt in dat de informatie onbekend is, waardoor de totale groep participanten lager uitvalt.

Uit de tabellen is op te maken dat, met uitzondering van het domein 3 ofwel woon/leefsituatie, op de meeste domeinen een ruime meerderheid aangeeft stress te ervaren. Vooral op het gebied van sociale omgeving en somatiek is het aantal, dat stress ervaart hoog. Verwacht werd dat bij een meerderheid van de cliënten bij intake sprake zou zijn van complexe problematiek, ofwel problemen op verschillende gebieden in het hedendaagse leven. Uit de resultaten is op te maken dat er bij Linnars sprake is van problemen op meerdere gebieden in het dagelijks leven. Ook wanneer naar ieder domein apart wordt gekeken blijkt een meerderheid (zeer) veel stress te ervaren.

*Tabel 3. Percentages hoge scores en verandering in score tussen intake en exit over gehele groep.*

Domein	N	Intake <sup>1</sup>	Exit <sup>1</sup>	X <sup>2</sup>	P
1. Gezinsstelsel	48	50%	40%	7,06	0,00
2. Sociale omgeving	48	67%	44%	3,43	0,06
3. Woon/leefsituatie	48	14%	4%	12,22	0,02
4. Financiën en Inkomen	48	38%	33%	14,40	0,00
5. Werksituatie	48	54%	23%	4,40	0,04
6. Somatiek	48	71%	58%	15,78	0,00
7. Migratie	48	44%	31%	4,66	0,03

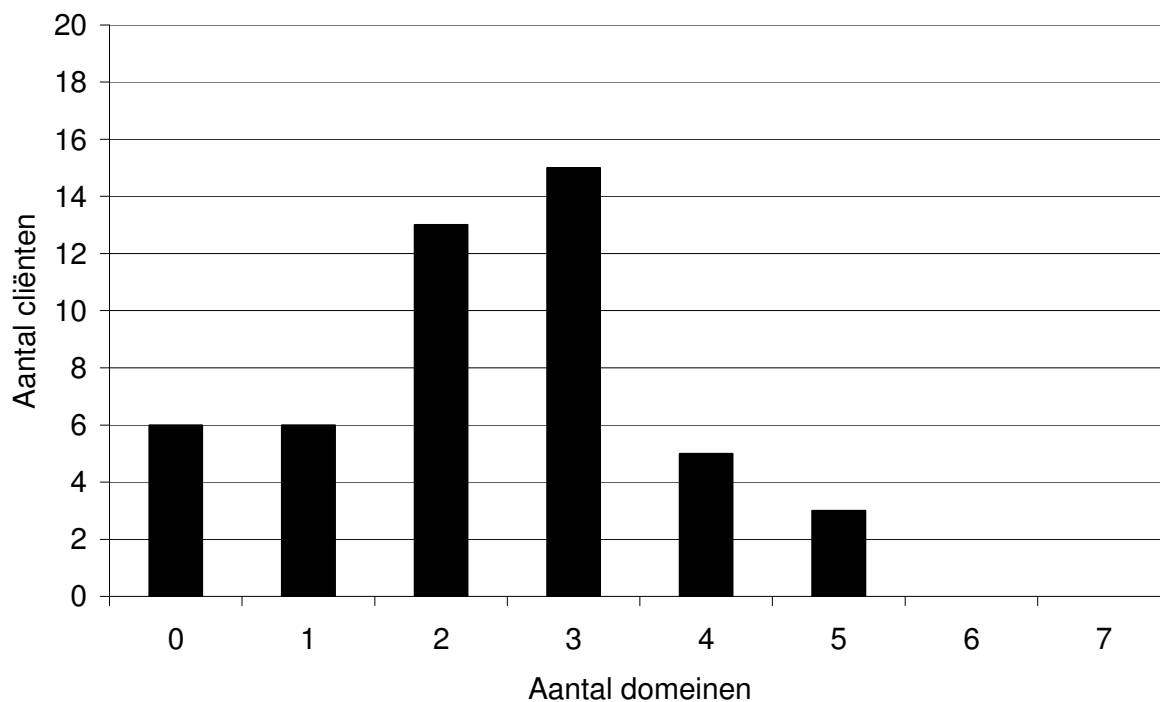
<sup>1</sup> % score 3 en 4

*Tabel 4. Percentages hoge scores en verandering in score tussen intake en exit over ingevulde scores*

Domein	N	Intake <sup>1</sup>	Exit <sup>1</sup>	X <sup>2</sup>	P
1. Gezinsstelsel	33	58%	58%	4,76	0,03
2. Sociale omgeving	29	76%	72%	1,08	0,30
3. Woon/leefsituatie	27	19%	8%	9,10	0,00
4. Financiën en Inkomen	23	68%	68%	3,04	0,08
5. Werksituatie	32	58%	36%	3,95	0,05
6. Somatiek	37	76%	76%	18,46	0,00
7. Migratie	20	63%	79%	0,38	0,54

<sup>1</sup> % score 3 en 4

Door de gegevens na gemiddeld 12 maanden behandeling (of bij ontslag) opnieuw te beoordelen, is getracht te bepalen of de complexe problematiek afneemt naarmate de behandeling vordert. In figuur 4 is voor het tweede meetmoment weergegeven op hoeveel domeinen cliënten verhoogd scoren. Te zien is dat het aantal cliënten dat op minimaal 1 domein verhoogd scoort is afgenomen. Het aantal dat op 3 of meer domeinen verhoogd scoort, is bij de tweede beoordeling minder dan de helft. Het gemiddelde aantal domeinen waarop verhoogd wordt gescoord, is verlaagd naar 2,33 (SD 1,36). Dit doet vermoeden dat er sprake is van een afname van de complexiteit van de dagelijkse problematiek gedurende de behandeling.



*Figuur 4. Aantal cliënten en aantal domeinen waarop verhoogde scores worden behaald na minimaal na 12 maanden.*

Wanneer naar de absolute percentages uit tabel 3 wordt gekeken is een afname te zien in het aantal cliënten dat stress ervaart. Echter zoals te zien is in tabel 4 is de afname onder de cliënten waarvan gegevens bekend zijn op de meeste domeinen minimaal. De samenhang tussen de meetmomenten is voor ieder van de domeinen onderzocht. Wanneer de domeinen op volgorde worden doorlopen, is waar te nemen dat op het domein gezinssysteem een significante samenhang is gevonden tussen beide meetmomenten ( $\chi^2= 4,76$ ;  $df= 1$ ;  $p<.05$ ). Dit houdt in dat, wanneer bij intake stress wordt genoteerd, op het tweede meetmoment tevens stress wordt ervaren op het gebied van de partnerrelatie, familie en het ouderschap. Op het domein sociale omgeving is geen significante samenhang tussen de intake en exit gegevens gevonden ( $\chi^2= 1,08$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0.30$ ). Bij inspectie van de data blijkt sprake van een afname van de ervaren stress op het gebied van sociale relaties bij het tweede meetmoment. De ervaren stress met betrekking tot huisvesting en juridische status wordt zowel bij intake als op het tweede meetmoment gevonden ( $\chi^2= 9,10$ ;  $df= 1$ ;  $p<.05$ ). Op het domein voor financiën en inkomen is een significante samenhang te zien wanneer gekeken wordt naar de gehele groep participanten ( $\chi^2=14,40$ ;  $df= 2$ ;  $p<.05$ ). Wanneer echter gekeken wordt naar de groep waarvan gegevens daadwerkelijk beschikbaar zijn, blijkt de samenhang niet significant te zijn ( $\chi^2= 3,04$   $df= 1$ ;  $p= 0.08$ ). Dit laatste kan duiden op een toename of afname van de hoeveelheid stress ten opzichte van de intakegegevens.

De stress met betrekking tot de domeinen werksituatie en somatiek is bij de tweede beoordeling minimaal veranderd ten opzichte van de intake ( $\chi^2= 3,95$ ;  $df= 1$ ;  $p<.05$  en  $\chi^2= 18,46$ ;  $df= 1$ ;  $p<.05$ ). Op het domein migratie is zichtbaar dat bij de tweede beoordeling van meer dan de helft van de participanten geen gegevens zijn. Bij nadere inspectie van de percentages wordt geen samenhang gevonden, maar lijkt sprake te zijn van toename in stress op het gebied van migratie ( $\chi^2= 0,38$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0.54$ ).

Wanneer de gegevens worden samengenomen blijkt dat op de meeste domeinen de hoeveelheid ervaren stress onder cliënten op het tweede meetmoment, anders dan werd verwacht, niet is afgenomen ten opzichte van de intake. Hieruit kan worden opgemaakt dat de complexiteit van de dagelijkse stressbronnen in geringe mate veranderd bij voortgang in de behandeling. Migratieproblematiek lijkt zelfs te verergeren, waar stress met betrekking tot sociale relaties wel lijkt te verminderen. Daarbij is het belangrijk te letten op de aantallen participanten waarvan gegevens beschikbaar zijn, dit is voor enkele domeinen zeer laag.

### 3.3.2 *RisQ en kwaliteit van leven*

Om te bepalen of een toename of afname op de stressdomeinen van de RisQ samenhangen met een verbetering van de kwaliteit van leven op de verschillende schalen zijn de correlaties berekend door middel van een Spearman's rangcorrelatie (zie tabel 5). Daarbij is specifiek gekeken naar de samenhang tussen het domein sociale omgeving en de schaal sociale relaties (Sociaal) van de kwaliteit van leven. In de tabel is te zien dat een afname van de hoeveelheid ervaren stress op het domein sociale omgeving intake/exit niet samengaat met een verbetering van de kwaliteit van leven op de schaal sociaal (intake:  $r_s = -.06$ ;  $p = .65$  en bij exit:  $r_s = -.11$ ;  $p = .61$ ). Omdat bij de schaal sociaal van de kwaliteit van leven ook de partnerrelatie en de familie zijn opgenomen, is het zinvol tevens te kijken naar het domein gezinssysteem. Daaruit blijkt dat een afname van stress met betrekking tot relatie en gezin samengaat met een verbetering van de kwaliteit van leven op dat gebied ( $r_s = -.36$ ;  $p<.05$ ) en op het gebied van de psychologische kwaliteit van leven ( $r_s = -.39$ ;  $p<.05$ ). Hieruit kan worden opgemaakt dat stress in de directe omgeving van invloed is op het psychisch welzijn. Een vermindering van stress op het gebied van de financiële situatie correleert met een verbeterde kwaliteit van leven op het gebied van psyche bij het tweede meetmoment ( $r_s = -.50$ ;  $p<.05$ ) en omgeving op beide meetmomenten ( $r_s = -.37$ ;  $p<.05$  en  $r_s = -.46$ ;  $p<.05$ ). Het blijkt echter dat, anders dan verwacht, een afname van ervaren stress slechts op een aantal domeinen samengaat met een verbetering van de kwaliteit van leven.



De hypothese dat het domein sociale omgeving samenhangt met sociale relaties op de kwaliteit van leven blijkt significant wanneer wordt gekeken naar inhoud en daarmee ook het domein gezinssysteem wordt meegenomen.

Tot slot zijn enkele domeinen waarop een positieve correlatie is gevonden met de kwaliteit van leven. Het domein somatiek (exit) laat een positieve correlatie zien met de psychologische en sociale schaal van de kwaliteit van leven ( $r_s = .42$ ;  $p < .05$  en  $r_s = .46$ ;  $p < .05$ ). Ook de correlatie van migratie (intake) met de algemene kwaliteit van leven is positief ( $r_s = .39$ ;  $p < .05$ ). Bij nadere inspectie van de data blijkt dit te verklaren doordat weinig stress op het gebied van de lichamelijke gezondheid samengaat met een slechte beoordeling van de kwaliteit van leven op psychisch en sociaal niveau. Daarnaast gaat weinig stress op het gebied van discriminatie, zorgen om familie in het land van herkomst en rouw samen met een slechte beoordeling van de kwaliteit van leven en tevredenheid met de algemene gezondheid.

*Tabel 5. Spearman's rangcorrelaties domeinen van de Risq en Kwaliteit van leven schalen.*

Domeinen		Kwaliteit van leven				
		Fysiek	Psychologisch	Sociaal	Omgeving	Algemeen
Gezinssysteem Intake	Rho	-,15	-,39**	-,36*	-,16	-,18
	N	44	44	44	41	44
Gezinssysteem Exit	Rho	-,06	-,26	-,22	-,03	-,15
	N	30	30	30	29	30
Sociale omgeving Intake	Rho	,02	,01	-,06	-,18	,00
	N	42	42	42	39	42
Sociale omgeving Exit	Rho	-,18	-,20	-,11	-,02	,26
	N	26	26	26	25	26
Woon/leefsituatie Intake	Rho	-,10	-,06	,08	-,18	,08
	N	43	43	43	40	43
Woon/leefsituatie Exit	Rho	,00	,00	,20	,20	-,03
	N	24	24	24	23	24
Financiën/Inkomen Intake	Rho	,15	,01	,16	-,37*	,02
	N	40	40	40	37	40
Financiën/Inkomen Exit	Rho	-,33	-,50*	-,29	-,46*	-,26
	N	21	21	21	20	21
Werksituatie Intake	Rho	,13	,15	,10	-,16	,09
	N	43	43	43	40	43
Werksituatie Exit	Rho	-,07	,11	,07	-,10	-,04
	N	29	29	29	28	29
Somatiek Intake	Rho	-,21	,07	,23	,08	-,19
	N	44	44	44	41	44
Somatiek Exit	Rho	,13	,42*	,46**	,14	,03
	N	33	33	33	32	33
Migratie Intake	Rho	,18	,03	-,12	-,11	,39*
	N	40	40	40	37	40
Migratie Exit	Rho	-,06	,30	,04	,12	-,08
	N	17	17	17	16	17

\* Correlatie is significant bij  $\alpha = .05$  (tweezijdig)

\*\* Correlatie is significant bij  $\alpha = .01$  (tweezijdig)

### 3.3.3 ResQ, Cope (easy), RisQ en kwaliteit van leven.

Om te bepalen of de problemen in de hedendaagse situatie, de beschikbare hulpbronnen en de coping strategie van cliënten van invloed zijn op het psychologische domein van de kwaliteit van leven is een multiële regressie analyse uitgevoerd. Eerst is voor iedere vragenlijst het maximale percentage verklaarde variantie berekend. Dit percentage geeft aan hoe goed de psychologische kwaliteit van leven kan worden voorspeld door de informatie uit de vragenlijsten. Vervolgens is een stapsgewijze lineaire multiële regressie uitgevoerd om te bepalen welke schalen of domeinen van de vragenlijsten significant zijn en daarmee het beste de kwaliteit van leven voorspellen. Dit wordt de zogenaamde optimale set genoemd. Tot slot is met deze optimale set van iedere vragenlijst nogmaals een regressieanalyse uitgevoerd om te kunnen bepalen wat de invloed is van de verschillende onderdelen in het voorspellen van de psychologische kwaliteit van leven.

Eerst is de samenhang tussen de beschikbare hulpbronnen en de psychologische kwaliteit van leven onderzocht. Hier blijkt dat wanneer cliënten meer hulpbronnen tot hun beschikking hebben zij de kwaliteit van leven als beter beoordelen of andersom, omdat het niet gaat om een causaal verband ( $r = .79$ ). Van de variantie van de psychologische kwaliteit van leven kan 62% worden verklaard door de beschikbare hulpbronnen (zie tabel 6). Wanneer vervolgens een stapsgewijze regressieanalyse wordt uitgevoerd worden drie domeinen gevonden waar de meeste voorspellende waarde aan kan worden toegeschreven, namelijk de domeinen sociaal, efficacy en medical (zie tabel 7). Gezamenlijk verklaren zij 56% van de variantie. Daarmee kan worden aangenomen dat de toegevoegde voorspellende waarde van de andere schalen van de ResQ gering is.

Tabel 6. Multiële regressieanalyse van de beschikbare hulpbronnen en de psychologische kwaliteit van leven.

	B	Std Error	$\beta$ (Beta)
Sociaal	,26	,10	,36
Creatief	-,27	,23	-,23
Emot. Expr.	-,08	,14	-,10
Materieel	-,07	,18	-,06
Fysiek	,32	,20	,33
Spiritueel	-,08	,16	-,08
Efficacy	-,55	,16	,66
Medisch	-,22	,12	-,25

Tabel 7. Laatste stap van de stapsgewijze regressieanalyse met de schalen van de ResQ. <sup>1</sup>

	B	Std Error	$\beta$ (Beta)
Sociaal	,22	,09	,31
Efficacy	,49	,10	,59
Medisch	-,20	,11	-,23

<sup>1</sup>  $R^2 = .56$ ,  $F(3, 34) = 13.203$ ,  $p < .001$

Vervolgens is de samenhang onderzocht tussen verschillende coping strategieën en de psychologische kwaliteit van leven. Hier is aangetoond dat wanneer cliënten een voor hen succesvolle coping strategie hanteren zij de psychologische kwaliteit van leven als beter beoordelen ( $r=.70$ ). Van de variantie wordt 49% verklaard door de coping strategieën die cliënten hanteren (zie tabel 8). Wanneer vervolgens een stapsgewijze regressie analyse wordt uitgevoerd blijkt de zogenaamde optimale set te bestaan uit het domein 'afleiding zoeken' (zie tabel 9). In totaal wordt 18% van de variantie verklaard door dit domein.

Tabel 8. Multipelle regressieanalyse van copingstrategieën en de psychologische kwaliteit van leven.

	B	Std Error	B (Beta)
Actief aanpakken	0,13	0,23	0,19
Plan maken	0,06	0,22	0,08
Voorrang geven	0,14	0,18	0,20
Wachten tot juiste moment	-0,08	0,19	-0,13
Hulp zoeken	-0,04	0,17	-0,07
Delen emoties	0,36	0,20	0,50
Positief denken	-0,07	0,18	-0,11
Situatie accepteren	-0,33	0,26	-0,46
Religie	-0,10	0,12	0,18
Van streek raken	-0,27	0,16	-0,35
Ontkennen	-0,02	0,20	-0,03
Opgeven	0,12	0,26	0,15
Afleiding zoeken	0,23	0,19	0,35
Alcohol/medicatie	-0,27	0,19	-0,33
Humor	0,21	0,21	0,24

Tabel 9. Laatste stap van de stapsgewijze regressieanalyse met de schalen van de Cope(easy). <sup>1</sup>

	B	Std Error	$\beta$ (Beta)
Afleiding zoeken	0,28	0,11	0,42

<sup>1</sup>  $R^2 = .18$ ,  $F(1, 30) = 6.33$ ,  $p < .05$

De samenhang tussen de hedendaagse stressfactoren van cliënten en de psychologische kwaliteit van leven is tevens onderzocht. De samenhang tussen deze factoren is minder sterk met een correlatie van .44 (zie tabel 10). Volgens de analyse wordt 19% van de variantie van de kwaliteit van leven verklaard door de verhoogde beoordelingen op de stressfactoren. Wanneer vervolgens een stapsgewijze regressie wordt uitgevoerd, wordt het domein gezinssysteem significant bevonden (zie tabel 11). Dit domein verklaart 14 % van de variantie.

Tabel 10. Multipele regressieanalyse van de hedendaagse stressbronnen en de psychologische kwaliteit van leven.

	B	Std Error	$\beta$ (Beta)
Gezinssysteem	-0,26	0,11	-0,39
Sociale omgeving	-0,06	0,11	-0,10
Woon/leefsituatie	-0,05	0,12	-0,07
Financiën en Inkomen	-0,01	0,10	-0,02
Werksituatie	-0,06	0,12	-0,09
Somatiek	-0,07	0,11	-0,10
Migratie	0,14	0,13	0,19

Tabel 11. Laatste stap van de stapsgewijze regressieanalyse met de domeinen van de RisQ.<sup>1</sup>

	B	Std Error	$\beta$ (Beta)
Gezinssysteem	-0,25	0,10	-0,38

<sup>1</sup>  $R^2 = .14$ ,  $F(1,39) = 6.38$ ,  $p < .05$

Voor het voorspellen van de psychologische kwaliteit van leven is een stapsgewijze lineaire multipele regressie uitgevoerd, waarbij de kwaliteit van leven eerst voorspeld werd door de schalen ‘sociaal’, ‘efficacy’ en ‘medical’ van de ResQ. Hierdoor werd 56,1 % van de variantie verklaard. Vervolgens werd de schaal ‘afleiding zoeken’ van de Cope(easy) toegevoegd. Hierdoor werd de verklaarde variantie verhoogd met 0,3% naar 56,4%. Tot slot is het domein ‘gezinssysteem’ van de RisQ toegevoegd en de uiteindelijke schalen samen verklaarde 56,5% van de variantie (zie tabel 12 en 13). Voor de voorspelling van de psychologische kwaliteit van leven lijkt daarmee te kunnen worden volstaan met de informatie die door de ResQ wordt verstrekt. De toegevoegde waarde van de schaal afleiding zoeken van de Cope(easy) en het domein gezinssysteem van de RisQ blijken zeer gering. Daarmee lijkt de invloed van de beschikbare hulpbronnen, zoals verwacht, het grootst in vergelijking tot de coping strategieën en de hedendaagse stressfactoren van de cliënt die slechts een gering verschil maken in de voorspelling van de kwaliteit van leven.

Tabel 12. De correlatie (R) en de verklaarde variantie ( $R^2$ ) van de verschillende vragenlijsten met de psychologische kwaliteit van leven.

	R	$R^2$	$R^2$ change
1. Schalen ResQ	,749	,561	,561
2. Schalen ResQ & Cope	,751	,564	+,003
3. Schalen ResQ & Cope en domein RisQ	,752	,565	+,001

Tabel 13. Laatste stap van een stapsgewijze multipele regressie met de schalen van de ResQ als belangrijkste voorspeller van de psychologische kwaliteit van leven.

	B	Std Error	$\beta$ (Beta)
Sociaal	,22	,09	,31
Efficacy	,48	,10	,59
Medical	-,20	,11	-,23

## 4. Discussie

### *Belangrijkste bevindingen*

Aangezien de vele stressfactoren waarmee een vluchteling te maken krijgt van negatieve invloed kunnen zijn op het psychisch welzijn (e.g., Amir & Lev-Wiesel, 2003; Bhugra, 2004; Miller, Wiene, Ramic, Brkic, Bjedic, Smajkic, Boskailo & Worthington, 2002) en verscheidene factoren voorspellers vormen van een lage gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (Carlsson et al., 2006) is in het huidige onderzoek gekeken naar mogelijke samenhang tussen de hedendaagse stressvolle factoren in het leven van Linnars en de kwaliteit van leven. Om deze stressfactoren in kaart te kunnen brengen en de ernst van de stress te kunnen registreren en volgen, is een checklist ontworpen. Aan de hand van deze checklist is dossierinformatie van de intake en na een periode van minimaal 12 maanden beoordeeld en in verband gebracht met beoordelingen van de kwaliteit van leven.

Uit de resultaten blijkt dat bij een ruime meerderheid van de betrokken Linnars sprake is van (zeer) veel stress op meerdere gebieden in het hedendaagse leven. Enkel op het gebied van de woon/leefsituatie wordt een relatief lage hoeveelheid ervaren stress genoteerd. De reden hiervoor is dat een juridische verblijfstatus een belangrijke stressfactor op dit domein vormt en dat Linnars in de meeste gevallen een verblijfsvergunning bezitten. Bij de vluchtelingen in behandeling lijkt daarmee sprake van een complex klachtenbeeld waarin naast het trauma ook meerdere stressfactoren in het dagelijks leven risicofactoren vormen. Deze resultaten sluiten aan bij eerdere onderzoeken die, naast traumagerelateerde problematiek, risicofactoren vonden op verschillende belangrijke levensdomeinen (Hondius et al., 2000; Lindencrona et al., 2008; Miller, 1999). Het is van belang aandacht uit te laten gaan naar de dagelijkse stressfactoren omdat die een rol spelen in het voorspellen van het psychisch welzijn (Schweitzer et al., 2006).

De complexiteit van de hedendaagse problematiek neemt in zeer geringe mate af naarmate cliënten langer in multidisciplinaire behandeling zijn. De hoeveelheid stress die mensen ervaren op het gebied van het gezinssysteem, de huisvesting, werksituatie en somatiek is na een periode van minimaal 12 maanden nog altijd aanwezig. Dit laat zien dat de huidige behandeling een beperkte invloed heeft op het verminderen van de dagelijkse stress van vluchtelingen op deze gebieden. Het is van belang om aandacht te richten op de huidige behandeling van stress volgend uit postmigratie factoren omdat is gebleken dat deze factoren kunnen bijdragen aan de instandhouding en eventueel toename van psychische distress in vluchtelingen populaties (Ellis, Lincoln, MacDonald & Cabral, 2008; Lindencrona et al., 2008).

Slechte levensomstandigheden, gebrek aan ervaren sociale steun, slechte familierelaties, gebrek aan identificatie met inwoners van het gastland en in mindere mate slechte materiële omstandigheden vormen belangrijke risicofactoren die worden geassocieerd met de hoge mate van psychologische distress 5 jaar na de migratie (Lerner, Kertes & Zilber, 2005). Uit een 10 jaar follow-up onderzoek bleek dat somatiek en werkeloosheid belangrijk blijven voor de voorspelling van de psychische gezondheid en de kwaliteit van leven (Carlsson et al., 2006). Dit toont aan dat postmigratie factoren ook na langere tijd in het gastland nog altijd een rol spelen in de gezondheid en daarmee aandacht behoeven in behandeling.

Met betrekking tot migratiefactoren is een verschil in de ervaren stress gevonden, waarbij de stress blijkt te zijn toegenomen. Een waarschijnlijke verklaring hiervoor is de beperkte hoeveelheid gegevens die bij het tweede meetmoment bekend zijn. Het is echter ook voor te stellen dat een aantal stressfactoren gerelateerd aan migratie na langere tijd nog altijd relevant zijn. Migratie is een langdurig proces waardoor het voor vluchtelingen een risicofactor blijft voor psychologische distress (Mirsky, 2009). Factoren zoals zorgen om familie in land van herkomst en heimwee blijven voor vele vluchtelingen een rol spelen, met name wanneer het onrustig blijft in het land van herkomst (Hondius et al., 2000). Een andere belangrijke stressfactor die langdurig een rol kan spelen bij vluchtelingen is discriminatie (Lindencrona et al., 2008; Slomin-Nevo et al., 2008). Dit heeft een negatief effect op psychisch welzijn maar ook op de aanpassing aan de gastcultuur. Wanneer men zich niet kan/wil identificeren met de gastcultuur, zorgt het voor meer psychologische distress (Lerner et al., 2005). Dit effect van postmigratie stress op de psychische gezondheid wordt met tijd mogelijk groter (Carlsson et al., 2006). Het is echter ingewikkeld om uitspraken te doen over de precieze rol van de duur van het verblijf in Nederland omdat deze in het huidige onderzoek sterk uiteen loopt. Daarom zou in vervolgonderzoek de tijd sinds migratie eventueel als factor toegevoegd kunnen worden.

Enkel op het domein sociale omgeving, waarin aandacht uitgaat naar stress met betrekking tot de sociale relaties en steun, wordt verandering aangetoond na langdurige behandeling. Hierbij lijkt na een periode van minimaal 12 maanden behandeling de stress te zijn afgenomen. Omdat bij aanvang van de behandeling bij vele cliënten sprake is van stress met betrekking tot de sociale omgeving, is dit een aanwijzing dat de behandeling op dit gebied succesvol is. Vervolgonderzoek zal echter moeten uitwijzen of de verandering is toe te schrijven aan de behandeling of dat tijd hierin (tevens) een bepalende factor vormt.

### *Postmigratie stress en de kwaliteit van leven*

Bij het onderdeel, dat zich richt op de samenhang tussen de hedendaagse stressbronnen en de kwaliteit van leven, is de aandacht specifiek uitgegaan naar de sociale situatie van cliënten. Daarbij is gebleken dat een afname van stress op het gebied van sociale activiteiten en steun niet samengaat met een verbeterde beoordeling van de kwaliteit van leven op het gebied van sociale relaties. Dit kan mogelijk verklaard worden door de inhoud van de schalen. De schaal sociale relaties van de kwaliteit van leven bestaat naast de steun vanuit de omgeving tevens uit de steun die van het gezin en/of partner wordt ervaren. Deze inhoud komt meer overeen met stressfactoren die betrekking hebben op het gezinssysteem. Uit de resultaten blijkt dat een afname van de stress op het gebied van het gezinssysteem samengaat met een verbetering van de kwaliteit van leven op sociaal gebied. Daarmee staat stress in de directe sociale omgeving wel degelijk in verband met een betere beoordeling van de kwaliteit van leven. Daarnaast is een goede relatie met familie van belang omdat het op lange termijn werkt als buffer voor de aanpassing aan de stressvolle veranderingen in het gastland (Slomin-Nevo et al., 2008). Dit wordt ondersteund door de significante samenhang tussen een afname van stress in het gezinssysteem en een verbetering van de psychologische kwaliteit van leven. Een vermindering van stress op het gebied van inkomen, schulden en uitkeringen is volgens het huidige onderzoek gerelateerd aan een verbetering van de psychologische kwaliteit van leven en de kwaliteit van leven met betrekking tot levensomstandigheden (omgeving).

Anders dan bij aanvang werd verwacht, zijn tevens enkele positieve correlaties gevonden. Minder stress op het gebied van de lichamelijke gezondheid bij het tweede meetmoment gaat gepaard met een slechte beoordeling van de psychologische en sociale schalen van de kwaliteit van leven. Een mogelijke verklaring hiervoor is het gebrek aan gegevens bij de tweede meting van stress. Het verband is nader onderzocht door de data te inspecteren. Een voorbeeld is gegeven in bijlage 2 waarbij de beoordeling van de stress op het gebied van somatiek in verband is gebracht met de psychologische kwaliteit van leven. Daaruit blijkt dat cliënten de kwaliteit van leven allen als laag beoordelen, ook wanneer de ervaren hoeveelheid stress laag is. Dit kan ook een verklaring vormen voor het gevonden verband. Op het gebied van migratie gaat een lagere beoordeling van de hoeveelheid stress tevens gepaard met een slechtere beoordeling van de algemene kwaliteit van leven. Dit geeft aan dat vluchtelingen in dit onderzoek de algemene kwaliteit van leven en de gezondheid in de meeste gevallen als laag beoordelen.

Op vele domeinen werd echter geen samenhang gevonden tussen de dagelijkse stressfactoren en de kwaliteit van leven.

Uitgaande van het model van Lazarus en Folkman (1984) kan dit verklaard worden door verschillende factoren die de relatie beïnvloeden waardoor geen sprake is van een directe relatie tussen de dagelijkse stress en de kwaliteit van leven. Volgens het model is de beoordeling van de hoeveelheid stress gerelateerd aan de beschikbare hulpbronnen en de coping strategie die cliënten hanteren.

Wanneer de invloed van hulpbronnen, coping strategieën en hedendaagse stressbronnen op de psychologische kwaliteit van leven wordt onderzocht, blijkt dat de beschikbaarheid van hulpbronnen de belangrijkste bron van informatie is voor de voorspelling van het niveau van de kwaliteit van leven. Dit houdt niet in dat de andere informatiebronnen niets verklaren, maar dat de informatie van de verschillende bronnen sterk met elkaar verweven is. Wanneer de beoordeling van de hulpbronnen aanwezig is, wordt weinig kennis over de psychologische kwaliteit van leven verloren wanneer de coping strategie en de stressbronnen niet bekend zijn. Dit is mogelijk anders wanneer de vragenlijsten worden beoordeeld voor een specifieke situatie en niet over het algemeen. Het toevoegen van informatie over coping en stressbronnen levert met andere woorden slechts een geringe bijdrage aan de voorspelling van de kwaliteit van leven, wanneer de beschikbaarheid van hulpbronnen bekend is. Dit doet vermoeden dat het niet beschikbaar zijn van hulpbronnen, zoals sociale steun, de belangrijkste bijdrage levert aan een lage beoordeling van de kwaliteit van leven. Sociale isolatie draagt tevens bij aan het verergeren van symptomen gerelateerd aan PTSS (Miller et al., 2002), zoals wordt weergegeven in het model.

Omdat in het huidige onderzoek de samenhang tussen de stressbronnen en de kwaliteit van leven centraal staat, is gekeken waaraan de geringe invloed te wijten is. De hedendaagse stressvolle factoren blijken niet te kunnen worden uitgesloten omdat deze een sterke negatieve correlatie laten zien met verscheidene hulpbronnen (zie bijlage 3). Dat wil zeggen dat wanneer cliënten meer stress ervaren zij minder hulpbronnen tot hun beschikking hebben of dat minder beschikbare hulpbronnen gepaard gaat met meer stress. In vervolgonderzoek zou deze relatie tussen hulpbronnen en de dagelijkse stress en de invloed op de kwaliteit van leven verder uitgezocht dienen te worden.

Uitgaande van het stress-coping model (Lazarus & Folkman, 1984) zou mogelijk verwacht worden dat, anders dan is aangetoond, naast de beschikbare hulpbronnen ook de coping strategieën zouden bijdragen aan de voorspelling van de beoordeling van de kwaliteit van leven. Een mogelijke verklaring voor de geringe toevoegende waarde van de andere informatiebronnen is inhoudelijke overlap met de beschikbare hulpbronnen.



De hulpbronnen vormen mogelijk een meer concrete informatie bron waardoor de toevoeging van de informatie over meer algemene coping strategieën en misschien ook de stressfactoren weinig toegevoegde waarde heeft. Om dit met zekerheid te kunnen zeggen, zal echter meer onderzoek nodig zijn.

### *Methodologische overwegingen*

Er zijn verschillende methodologisch beperkende factoren aan te wijzen die mogelijk van invloed zijn op de gevonden resultaten. Om aan een aantal van 50 participanten te voldoen waren van onvoldoende cliënten ontslag gegevens bekend. Om deze reden is gekozen ook cliënten te betrekken die in 2007 aan een jaarlijkse evaluatie hebben meegewerkt. Dit heeft tot gevolg gehad dat de behandelperioden en daarmee de fases waarin de behandeling zich bevindt sterk uiteenlopen. Dit kan van invloed zijn op de beoordeling van de kwaliteit van leven en de stressbronnen, omdat iemand bij ontslag mogelijk minder stressbronnen en klachten heeft dan iemand die zich midden in de behandeling bevindt. Daarnaast is er veel variatie in de perioden die cliënten in Nederland zijn. De beschermende en risicofactoren voor de psychische gezondheid veranderen volgens de fase van migreren waarin mensen zich bevinden (Beiser & Hou, 2001). Mogelijk zou bij vervolgonderzoek meer rekening gehouden kunnen worden met de fase van behandeling en de lengte van het verblijf in Nederland en de invloed daarvan op de risicofactoren/stressfactoren.

Voor de beoordeling van de hedendaagse stressbronnen is gebruik gemaakt van de gegevens uit de dossiers. Dit houdt in dat er een retrospectieve beoordeling van de cliëntgegevens heeft plaatsgevonden. Het nadeel hiervan is dat de beoordeling enkel gebaseerd is op de gerapporteerde informatie en daardoor ontbreken met name bij het tweede meetmoment veel gegevens. Daarnaast moet op basis van notities worden bekeken hoeveel stress een cliënt ervaart en daarbij kan de manier van noteren van invloed zijn. Een longitudinaal onderzoek waarin de hulpverlener telkens na bepaalde perioden de lijst invult, zou een goede oplossing zijn voor deze beperkende factoren. Ook weet de hulpverlener door de kernwoorden waar op gelet dient te worden waardoor het ontbreken van gegevens voorkomen kan worden.

Een laatste beperkende factor in het huidige onderzoek is het gebrek aan gegevens over de culturele validiteit van twee van de gebruikte vragenlijsten. Daarmee is de vraag of de gebruikte vragenlijsten bij mensen uit andere culturen datgene meten dat het verondersteld wordt te meten binnen de Westerse cultuur.

Dit heeft tot gevolg dat de resultaten van de vragenlijsten mogelijk vertekeningen laten zien door bijvoorbeeld verschillen in woordenschat en cultuur. De participantengroep die heeft deelgenomen, is gedurende langere tijd in Nederland en heeft dan ook de nodige kennis van de taal en daarnaast zijn de vragenlijsten ontwikkeld voor deze populatie. Toch is door cultuurverschillen voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten met betrekking tot de COPE-easy en de ResQ.

#### *Klinische implicaties en aanbevelingen voor vervolgonderzoek*

De literatuur wijst uit dat postmigratie factoren, naast de premigratie en de traumagerelateerde factoren, van invloed zijn op de ontwikkeling en instandhouding van verschillende psychische klachten gerelateerd aan PTSS, depressieve en angststoornissen en op de kwaliteit van leven (e.g. Brewin et al., 2000; Bhugra, 2004; Gerritsen et al., 2006). Daarbij wordt vastgesteld dat het van belang is in de behandeling aandacht te besteden aan deze factoren (Hondius et al., 2000). In het huidige onderzoek wordt de aanwezigheid en ernst van dagelijkse stressfactoren bevestigd en blijkt dat de ervaren stress gedurende de toegepaste behandeling op minimale basis verminderd. Ondanks dat binnen Stichting Centrum '45 aandacht wordt besteed aan de hedendaagse stressbronnen, wordt weinig afname in de hoeveelheid stress geregistreerd. Dit doet vermoeden dat de huidige interventiemethoden onvoldoende tegemoet komen aan de behoeften van de cliënt. In vervolgonderzoek zal gezocht moeten worden naar een andere of een meer gerichte behandelmethodede, zodat ook gekeken kan worden wat de invloed is van een vermindering van de dagelijkse stress op de gerapporteerde klachten en de kwaliteit van leven. Deze resultaten zijn met name van belang omdat, zoals eerder besproken, ook in andere onderzoeken een minimale vermindering in de klachten en een minimale verbetering van de kwaliteit van leven wordt gerapporteerd na behandeling (Carlsson et al., 2005).

Uit het huidige onderzoek blijkt dat geen sprake is van een directe samenhang tussen de dagelijkse stress en de kwaliteit van leven. De stress blijkt echter indirect van invloed te zijn op de kwaliteit van leven, wat aangeeft dat het wel van belang is in de behandeling aandacht te besteden aan de hedendaagse stressbronnen. Mogelijk vormen de symptomen van cliënten echter een belangrijkere factor in onderzoek naar de invloed van de dagelijkse stressbronnen. Zoals ook aangetoond wordt in de literatuur is sprake van samenhang tussen stressvolle postmigratie factoren en symptomen van PTSS, depressie en angststoornissen (Bhugra, 2004). In vervolgonderzoek zal gekeken moeten worden of afname van de stressbronnen zou kunnen leiden tot vermindering van de klachten waardoor uiteindelijk het behandelresultaat eventueel zou kunnen worden vergroot.

Mogelijk zal zo ook de kwaliteit van leven kunnen worden verbeterd omdat klinisch betekenisvolle vermindering van symptomen is gerelateerd aan een grotere positieve verandering van de kwaliteit van leven (Lunney & Schnurr, 2007). De resultaten van het huidige onderzoek geven het belang aan van verder onderzoek naar de rol van de hedendaagse stressbronnen in de problematiek van cliënten, omdat bevestigd is dat deze stress in sterke mate aanwezig is en niet afneemt gedurende behandeling.

### *Conclusie*

Concluderend kan gesteld worden dat bij een meerderheid van de vluchtelingen in behandeling sprake is van een complex klachtenbeeld waarin naast traumagerelateerde factoren ook dagelijkse stressfactoren een rol spelen. Daarbij is sprake van een zeer geringe afname in de ervaren stress naarmate de behandeling vordert. Met name factoren met betrekking op de migratie blijken aandacht te behoeven. Dit doet vermoeden dat de huidige behandeling onvoldoende tegemoet komt aan de vermindering van dagelijkse stress. Daarnaast is gebleken dat in de meeste gevallen geen sprake is van een directe relatie tussen de dagelijkse stress en de kwaliteit van leven. Dit bevestigt het idee dat de verschillende factoren de relatie tussen beiden beïnvloeden. Bij de voorspelling van de psychologische kwaliteit van leven blijken de beschikbare hulpbronnen de belangrijkste factor te vormen. Echter door de samenhang tussen de dagelijkse stressbronnen en de hulpbronnen is aandacht voor de hedendaagse stressdomeinen wel degelijk van belang.

Ondanks dat de vermindering van de ervaren stress mogelijk geen directe relatie heeft met een verbetering van de kwaliteit van leven, blijkt dat postmigratie stress in sterke mate aanwezig is. In vervolgonderzoek is het van belang te kijken naar de rol die de ervaren stress speelt in de gerapporteerde klachten en behandelresultaten. Mogelijk kan een afname in de hoeveelheid stress bijdragen aan een vermindering van klachten en een uiteindelijke verbetering van de effectiviteit van behandeling en mogelijk de kwaliteit van leven. De gevormde checklist vormt een eenvoudig hulpmiddel om de stressdomeinen en de hoeveelheid stress per cliënt in kaart te brengen en te volgen, zodat beter bekend is waar de probleemgebieden liggen bij cliënten en hoe deze veranderen zodat vervolgonderzoek kan worden gedaan naar de betekenis hiervan.

## **5. Abstract**

*Refugees have to cope with post migration stress which has, just as factors before trauma and trauma related factors, a negative influence on mental health and well-being. Literature states that there should be attention for these post-migration factors in treatment. The aim of the current study was to examine the presence of the daily stress factors and to examine the contribution of these daily stresses to the quality of life of refugees who receive multidisciplinary treatment (N=48). For this reason a method is found to measure stress in the post migration situation which is used to map daily stress at two moments in time. As expected the results show that refugees report a lot of daily stress on different domains in their life and there is a minimal change during treatment. We found no direct relation with the quality of life and the resources proved to be an important predictor of psychological quality of life. The implications of the results for future studies and treatment are considered.*

## 6. Referenties

- Amir, M. & Lev-Wiesel, R. (2003). Time does not heal all wounds: Quality of life and psychological distress of people who survived the holocaust as children 55 years later. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 295-299.
- Beiser, M. & Hou, F. (2001). Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: A 10 year study. *Social Science and Medicine, 53*, 1321-1334.
- Boehnlein, J.K., Kinzie, D., Sekiya, U., Riley, C., Pou, K. & Rosborough, B. (2004). A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 658-663.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Bhugra, D. (2004). Migration & mental health. *Acta psychiatrica Scandinavica, 109*, 243-258.
- Carlsson, J.M., Mortensen, E.L., & Kastrup, M. (2005). A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*, 651-657.
- Carlsson, J.M., Olsen, D.R., Mortensen, E.L., & Kastrup, M. (2006). Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 725-731.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Dalgard, O.S., Thapa, S.B., Hauff, E., McCubbin, M. & Syed, H.R. (2006). Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology, 47*, 551-558.
- Dirkzwager, A.J.E., Bramsen, I. & Van der Ploeg, H.M. (2003). Social support, coping, life events and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences, 34*, 1545-1559.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy, 38*, 319-345.
- Ellis, B.H., Lincoln, A.K., MacDonald, H.Z. & Cabral, H.J. (2008). Mental health of Somali Adolescent refugees: The role of trauma, stress and perceived discrimination. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*, 184-193.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet, 365*, 1309-1314.
- Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L.H.M., Hovens, J.E. & van der Ploeg, H.M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 18-26.
- Hermansson, A.C., Timpka, T. & Thyberg, M (2002). The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *Journal of nervous and mental disease, 190*, 374-380.

- Hondius, A.J.K., van Willigen, L.H.M., Kleijn, W.C. & van der Ploeg, H.M. (2000). Health problems among Latin-American and Middle-Eastern refugees in the Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 619-634.
- Kleijn, W.C., van Heck, G.L., & van Waning, A. (2000). Ervaringen met een Nederlandse bewerking van de COPE copingvragenlijst: De Cope-Easy. *Gedrag en Gezondheid, 28*, 213–226.
- Kleijn W.C., van Heck, G.L., & van Waning, A. (2001). Concept versie: Toelichting voor gebruikers van de Cope/Easy, ResQ en STRAIN.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2006). The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 339-353.
- Laban, C.J., Komproe, I.H., Gernaat, H.B.P.E. & de Jong, J.T.V.M. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43* 507-515.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing company.
- Lerner, Y., Kertes, J. & Zilber, N. (2005). Immigrants from the former Soviet Union, 5 years post-immigration to Israel: adaptation and risk factors for psychological distress. *Psychological Medicine, 35*, 1805-1814.
- Lindencrona, F., Ekblad, S. & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and the capacity to handle stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 121-131.
- Lunney, C.A. & Schnurr, P.P. (2007). Domains of quality of life and symptoms in male veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 20*,955-964.
- Miller, K.E. (1999). Rethinking a familiar model: psychotherapy and the mental health of refugees. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 29*, 283-306.
- Miller, K.E., Weine, S.M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z.D., Smajkic, A., Boskailo, E. & Worthington, G. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 377-387.
- Mirsky, J. (2009). Mental health implications of migration: a review of mental health community studies on Russian-speaking immigrants in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 179-187.
- Mollica, R.F., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic., I.S. & Massagli, M.P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality and emigration among Bosnian refugees. *The Journal of the American Medical Association, 286*, 546-555.
- Pernice, R. & Brook, J. (1996). Refugees' and immigrants' mental health: association of demographic and post-immigration factors. *The journal of Social Psychology, 136*, 511-519.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (10<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.

- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z. & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 179-187.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 351-357.
- Silove, D. & Ekblad, S. (2002). How well do refugees adapt after resettlement in Western countries? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 401-402.
- Skevington, S.M., Lofty, M. & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Slemin-Nevo, V., Mirsky, J., Rubinstein, L. & Nauck, B. (2008). The impact of familial and environmental factors on the psychological adjustment of immigrants: a longitudinal study. *Journal of family issues*, 30, 92-123.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T. & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population based study. *Lancet*, 360, 1056-1062.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Willigen-van, L.H.M., Hondius, A.J.K. & van der Ploeg, H.M. (1995). Health problems of refugees in the Netherlands. *Tropical and geographical medicine*, 47, 118-124.

## 7.1 Bijlage 1. Checklist

Naam:  
Datum:  
Beoordelaar:  
Voornaamste schriftelijke bron:  
Datum schriftelijke bron:

### Checklist Risicofactoren

Bij de intake wordt aandacht gegeven aan de primaire persoonlijke klachten en problemen van cliënten, maar ook aan de overige stressvolle factoren. De checklist is bedoeld als een **aanvulling** op deze inventarisatie, met als doel om de eventueel gesignaleerde (en beschreven!) belastende omstandigheden te wegen en nogmaals expliciet te benoemen. De checklist kan worden gebruikt als hulp bij de onderbouwing van het behandelplan en (bij hernieuwd invullen) het evalueren van de behandelvoortgang tijdens de tussentijdse cliëntbesprekingen.

De checklist is onderverdeeld in verschillende domeinen met daarbij behorende aandachtspunten. Voor ieder domein en item van de checklist wordt de beoordelaar gevraagd te markeren in welke mate een cliënt dit gebied als stressvol/belastend ervaart. Dit kan variëren tussen 4 niveaus, namelijk:

**1 = weinig stress (actie!)    2 = enigermate stressvol    3 = tamelijk stressvol (aandacht)    4 = zeer stressvol**

➤ Vooral bij de domeinen met tamelijk belastende omstandigheden is het belangrijk om ook een duidelijke omschrijving te geven van de stressvolle omstandigheden (per domein is ruimte voor een korte specificatie).

Toelichting op de verschillende domeinen.

#### *Gezinsstelsel*

Bij dit domein gaat het om factoren met betrekking tot het gezin, die extra stress veroorzaken bij een cliënt. Zo kunnen er problemen, bijvoorbeeld spanningen en ruzies, zijn met een partner, kinderen of andere familieleden. Maar ook andere factoren als psychische of lichamelijke problematiek bij een ander gezinslid kunnen voor extra stress zorgen. Daarnaast kan het gemis van een partner of kinderen voor een cliënt stressvol zijn.

#### *Sociale omgeving*

De sociale omgeving kan zowel een beschermende als een risicofactor vormen bij een cliënt. Zo kunnen contacten zorgen voor steun en activiteiten, maar aan de andere kant kunnen problemen met sociale contacten of het ontbreken van contacten stressvol zijn. Enkele voorbeelden van risicofactoren zijn eenzaamheid, sociale isolatie en verveling.

#### *Woon/leefsituatie*

Bij dit domein gaat het om de huisvesting en juridische status van de cliënt die voor stress kunnen zorgen. Voorbeelden van risicofactoren hierbij zijn problemen omtrent de verblijfsvergunning en slechte of te kleine huisvesting.

#### *Financiën en Inkomen*

Het domein financiën en inkomen heeft betrekking op verschillende stressoren omtrent de inkomsten en uitgaven van cliënten. Enkele stressoren waar aan gedacht kan worden zijn een klein bestedingsbudget, schulden en het verplicht zijn geld te sturen naar het buitenland.

#### *Werkomstandigheden*

Bij het domein werksituatie kunnen zowel het niet hebben van werk als de werkomstandigheden een rol spelen. Risicofactoren kunnen bijvoorbeeld werkloosheid, de werkomstandigheden en het niveau van de werkzaamheden zijn. Ook het ontbreken van mogelijkheden tot opleiding of omscholing.

#### *Somatiek*

Bij het domein somatiek gaat het om lichamelijke klachten die een rol spelen in het dagelijks leven van cliënten.





#### *Migratie*

Het vluchten uit het land van herkomst en het aarden in een ander land kan zeer stressvol zijn. Zo gaat vluchten gepaard met achterlaten van het huidige leven en geheel opnieuw starten in een andere cultuur. Stressoren hierbij hebben betrekking op het aanpassen aan een nieuwe cultuur maar ook het plaatsen van de eigen cultuur in een nieuwe omgeving. Ook het rouwen om familie, heimwee en het niet geldig zijn van diploma's kan als stressvol worden ervaren.



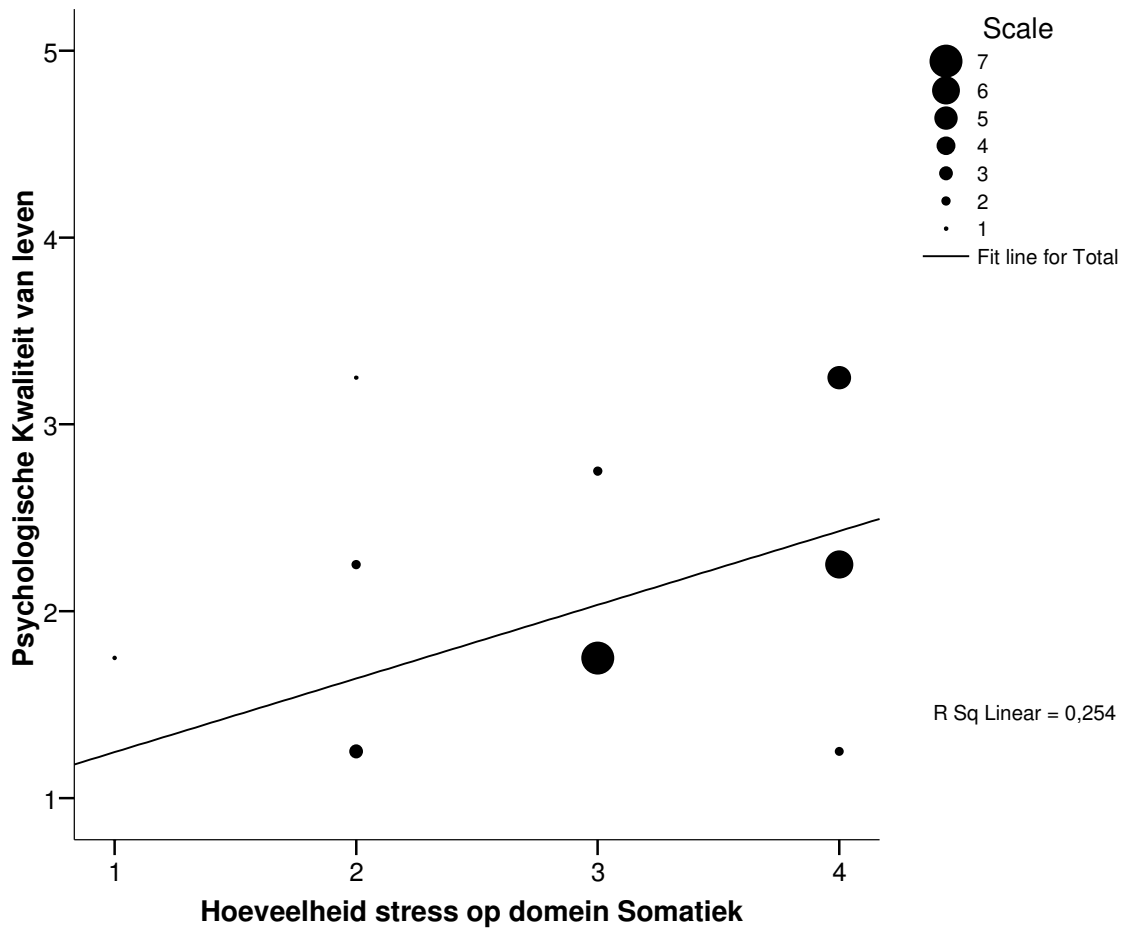
1 = weinig stress    2 = enigermate stressvol    3 = tamelijk stressvol (aandacht)    4 = zeer stressvol (actie!)

Bij ontbreken van voldoende informatie voor de beoordeling s.v.p. dit in de kolom "???" markeren.

	???	Weinig 1 	Enigszins 2 	Tamelijk 3 	Zeer 4 
A 1	<b>Gezinssysteem</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Partnerrelatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ouderschap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Gezinssituatie/familie omstandigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Problematiek bij andere gezinsleden (Lichamelijk/psychisch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<b>Toelichting:</b>				
B 7	<b>Sociale omgeving</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Sociale contacten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Sociale steun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	(Sociale) activiteiten en bezigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<b>Toelichting:</b>				
C 12	<b>Woon/leefsituatie</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Huisvesting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Juridische verblijfstatus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<b>Toelichting:</b>				
D 16	<b>Financiën en Inkomen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Bestedingsbudget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Uitkering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Schulden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Financieel onderhoud van familie buiten Nederland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	<b>Toelichting:</b>				
E 22	<b>Werksituatie</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Werkloosheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Werkomstandigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Werkniveau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Mogelijkheden tot opleiding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	<b>Toelichting:</b>				
F 28	<b>Somatiek</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Lichamelijke gezondheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	<b>Toelichting:</b>				
G 31	<b>Migratie</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Ervaren discriminatie (in werk/ dagelijks leven)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Verlies van status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Taalproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Zorgen om familieleden in land van herkomst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Rouw/ Verlies (materieel/familieleden, vrienden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Aanpassing aan andere cultuur (klimaat, eten, hulpverlening, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Tradities handhaven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Beleving van religie in andere samenleving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Heimwee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	<b>Toelichting:</b>				

## 7.2 Bijlage 2. Ervaren stress en de psychologische kwaliteit van leven.

De beoordeling van de hoeveelheid ervaren stress met score 1 (weinig stress) en score 4 (zeer veel stress) in relatie tot de psychologische kwaliteit van leven met score 1 (lage beoordeling kwaliteit van leven) en score 5 (goede beoordeling kwaliteit van leven). Te zien is dat alle scores op de kwaliteit van leven laag zijn en dat enkele participanten die laag scores op stress ook de kwaliteit van leven als laag beoordelen.



### 7.3 Bijlage 3. Correlatie Beschikbare hulpbronnen (ResQ) en Stressvolle domeinen (RisQ).

Domeinen		Hulpbronnen							
		Sociaal	Creatief	Emot. expr.	Materieel	Fysiek	Spiritueel	Efficacy	Medisch
Gezinssysteem Intake	Rho	-,38*	-,49**	-,36*	-,16	-,50**	-,39*	-,47**	-,05
	N	36	36	36	36	36	35	36	36
Gezinssysteem Exit	Rho	-,37	-,56**	-,53**	-,43*	-,47*	-,19	-,26	,29
	N	23	23	23	23	23	22	23	23
Sociale omgeving Intake	Rho	-,22	-,27	-,15	-,24	,00	,10	-,27	-,12
	N	34	34	34	34	34	33	34	34
Sociale omgeving Exit	Rho	-,21	-,25	-,41	,05	-,30	-,48*	-,30	-,38
	N	19	19	19	19	19	18	19	19
Woon/leefsituatie Intake	Rho	-,09	,10	-,14	-,08	-,28	,16	,02	,02
	N	35	35	35	35	35	34	35	35
Woon/leefsituatie Exit	Rho	-,13	,15	-,34	,08	-,27	-,23	,08	,31
	N	22	22	22	22	22	21	22	22
Financiën/Inkomen Intake	Rho	,08	,05	,17	-,46**	-,05	,40*	,00	,10
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
Financiën/Inkomen Exit	Rho	-,52*	-,16	-,27	-,31	-,31	,11	-,06	,10
	N	19	19	19	19	19	18	19	19
Werksituatie Intake	Rho	,11	-,08	,04	-,25	-,04	-,06	-,22	-,04
	N	35	35	35	35	35	35	35	35
Werksituatie Exit	Rho	-,08	,02	-,11	-,42*	,12	,09	,04	,19
	N	25	25	25	25	25	24	25	25
Somatiek Intake	Rho	,02	,17	,15	,10	,22	,15	,23	,15
	N	36	36	36	36	36	35	36	36
Somatiek Exit	Rho	,23	,04	,19	,01	,30	,23	,44*	,06
	N	25	25	25	25	25	24	25	25
Migratie Intake	Rho	-,05	-,04	,21	,08	-,01	,11	-,16	-,25
	N	33	33	33	33	33	32	33	33
Migratie Exit	Rho	,43	,04	,39	,43	,35	-,39	,39	-,31
	N	13	13	13	13	13	13	13	13

\*Correlatie is significant bij  $\alpha = .05$  (tweezijdig)

\*\* Correlatie is significant bij  $\alpha = .01$  (tweezijdig)

